

**ADEMIR VICENTE DE OLIVEIRA**

**O PROCESSO DE GESTÃO DA QUALIDADE COM  
FOCO EM RESULTADO EM UM HOSPITAL  
PRIVADO DA CIDADE DE MACAPÁ – ESTUDO  
DE CASO**

Orientador: Prof. Doutor António Augusto Teixeira Costa

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias  
Escola de Ciências Económicas e das Organizações**

**Lisboa  
2013**

**ADEMIR VICENTE DE OLIVEIRA**

**O PROCESSO DE GESTÃO DA QUALIDADE COM  
FOCO EM RESULTADO EM UM HOSPITAL  
PRIVADO DA CIDADE DE MACAPÁ – ESTUDO  
DE CASO**

Dissertação apresentada para o Curso de Mestrado e Gestão da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa, como requisito para obtenção do título em Mestrado em Gestão.

Orientador: Prof. Doutor António Augusto Teixeira  
Costa

Co-Orientador: Prof. Doutor Ricardo Figueiredo Pinto

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias  
Escola de Ciências Económicas e das Organizações**

**Lisboa**

**2013**

“Quando pensas positivo até as leis  
cósmicas do universo regem ao  
nosso favor.”

Anônimo

Dedico esta obra a Deus que me deu saúde e disposição pra vencer os obstáculos; a minha irmã Isaura Vicente de Oliveira que mesmo distante esta sempre presente em minha vida me apoiando; aos professores que me guiaram pelo caminho da aprendizagem e conhecimento e aos amigos que me fizeram rir, descontraír, propiciando uma mente aberta para refletir que o errado nem sempre é errado e o certo nem sempre é certo.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida, pela saúde e pela oportunidade de ser melhor a cada dia;

Agradeço aos profissionais que colaboraram na coleta de dados, abrindo as portas da instituição para que as informações fossem fidedignas;

Agradeço aos amigos que fiz e que me incentivaram em buscar sempre mais;

Agradeço aos mestres e doutores que contribuíram para o meu crescimento e confecção deste trabalho, clarificando minhas ideias e enriquecendo meu saber e as informações compilados nestas páginas;

Agradeço aos profissionais e amigos: Juliana Menezes e Bruno Bentes, que contribuíram na elucidação de pontos divergentes e na organização de ideias.

## RESUMO

Indubitavelmente a gestão da qualidade tem como propósito tornar a instituição um núcleo, que aprimora permanentemente seus processos, fazendo com que os profissionais busquem incessantemente a aprendizagem, aplicando o conhecimento à luz da acreditação, para que os serviços sejam seguros e confiáveis. Desta forma, o presente estudo tem o objetivo de analisar o processo de certificação de um hospital privado da cidade de Macapá avaliando os resultados, antes e após a acreditação através de relatórios gerenciais e aplicação de questionário. Os indicadores registrados pelo escritório da qualidade mostram as melhorias obtidas nos serviços, tais como: registros seguros e confiáveis, veracidade das informações, elevação na identificação dos riscos assistenciais, satisfação dos usuários, redução considerável do absenteísmo e tour over, aprimoramento da gestão de suprimentos e satisfação do clima organizacional. Os resultados obtidos com a aplicação do questionário aos profissionais de saúde mostram que 89% estão comprometidos em atingir os objetivos estratégicos institucionais, 80% se sentem mais preparados para exercer suas atividades, e 80% afirmam que o hospital é seguro. Tais resultados foram obtidos com a mudança de cultura, conforme a metodologia da Organização Nacional de Acreditação - ONA<sup>1</sup>, que visa despertar nas instituições de saúde melhoria contínua, correlacionando evidências clínicas e de gestão com suas ações, mitigando seus métodos de trabalho, contribuindo para eficácia da qualidade na assistência.

**Palavras – chave:** gestão, qualidade, acreditação, resultado.

---

<sup>1</sup> Organização Nacional de Acreditação – ONA - é uma organização não governamental caracterizada como pessoa jurídica de direito privado sem fins econômicos, de direito coletivo, com abrangência de atuação nacional.

## **ABSTRACT**

Undoubtedly the quality management purpose is to make the institution a center that continually improves its processes, so that professionals seek constantly learning, applying knowledge in the light of accreditation, so that services are safe and reliable. Thus, this study aims to analyze the process of certification of a private hospital in the city of Macapá evaluating the results before and after accreditation through management reports and questionnaire. Indicators recorded by quality office show the improvements obtained in the services, such as safe and reliable records, accuracy of information, identification of high risk care, user satisfaction, considerable reduction of absenteeism and tour over, improving supply management satisfaction and organizational climate. The results obtained from the questionnaire to health professionals show that 89% are committed to achieving the strategic objectives institutional, 80% feel more prepared to perform their activities, and 80% said that the hospital is insurance. These results were obtained with the culture change, according to the methodology of the National Accreditation Organization - ONA, which aims to awaken in health institutions continuous improvement, correlating clinical and management with their actions, mitigating its working methods, contributing to effectiveness the quality of care.

**Keywords - Keywords:** management, quality, accreditation, result.

## ABREVEATURAS E SÍMBOLOS

ONA – Organização Nacional de Acreditação.....	05
CQT – Controle de Qualidade Total.....	18
ANAHP – Associação Nacional de Hospitais Privados.....	23
CAC – Colégio Americano de Cirurgiões.....	30
CCAH – Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais.....	30
JCAH - Joint Commission on Accreditation of Hospitals.....	30
JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization.....	31
JCI – Joint Commission Internacional.....	32
OPAS – Organização Pan-americana de Saúde.....	34
IQG – Instituto Qualisa de Gestão.....	36
PDCA – Plan (planejar), Do (executar), Check (verificar), Act (ajustar).....	41
FMEA – Análise dos Modos de Falhas e seus Efeitos.....	44
MASP – Método de Análise e Solução de Problemas.....	44



## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Índice de giro de leitos.....	52
Gráfico 02 – Número de pacientes/dia.....	52
Gráfico 03 – Número de exames.....	53
Gráfico 04 – Número de consultas.....	53
Gráfico 05 – Evolução de receitas e despesas.....	54
Gráfico 06 – Número de colaboradores.....	55
Gráfico 07 – Capacitação e desenvolvimento.....	56
Gráfico 08 – Índice de rotatividade de pessoal.....	56
Gráfico 09 – Tempo de vínculo com a instituição.....	58
Gráfico 10 – Sexo.....	59
Gráfico 11 – Participou do processo de acreditação?.....	59
Gráfico 12 – Com o processo de acreditação, no que diz respeito a organização o hospital é:.....	60
Gráfico 13 – No que diz respeito a capacitação e conhecimento o hospital tem proporcionado:.....	62
Gráfico 14 – O processo de certificação no que diz respeito a realização de suas atividades trouxe:.....	63
Gráfico 15 – Com o processo de certificação, rotinas e protocolos na sua área de atuação se tornaram:.....	63
Gráfico 16 – Com o processo de certificação hoje você trabalha:.....	66
Gráfico 17 – Com o processo de certificação você considera que hoje para realizar suas atividades você está:.....	66
Gráfico 18 – Hoje com o processo de certificação você considera que na sua área de atuação se tem:.....	67
Gráfico 19 – Por trabalhar em um hospital certificado em termo de satisfação profissional você se considera:.....	70
Gráfico 20 – Comparando o hospital com outros hospitais que não tem em suas atividades o processo de qualidade implantado você considera que o hospital é:..	71
Gráfico 21 – Para que o hospital atinja seus objetivos do mapa estratégico você	

enquanto profissional está:.....	71
Gráfico 22 – Com o processo de certificação o hospital tem mostrado os seus objetivos de forma:.....	73
Gráfico 23 – Em ordem de classificação (1, 2, 3, 4, 5) na sua avaliação o processo de certificação tornou o hospital mais: (profissionais das áreas administrativas).....	75
Gráfico 24 – Em ordem de classificação (1, 2, 3, 4, 5) na sua avaliação o processo de certificação tornou o hospital mais: (profissionais das áreas assistenciais).....	75
Gráfico 25 – Em ordem de classificação (1, 2, 3, 4, 5) na sua avaliação o processo de certificação tornou o hospital mais: (profissionais das áreas médicas).....	76
Gráfico 26 – Em ordem de classificação (1, 2, 3, 4, 5) na sua avaliação o processo de certificação tornou o hospital mais: (profissionais das áreas de apoio).....	77

## ÍNDICE DE QUADROS

1 – Quadro 01 – Evolução da Escola da Qualidade.....	18
2 – Quadro 02 – ANAHP – Acreditações em 2012.....	35
3 – Quadro 03 – Demonstrativo de Indicadores.....	49
4 – Matriz de Priorização.....	93

## ÍNDICE DE FIGURAS

1 – Mapa do Estado do Amapá.....	43
2 – Mapa de Processos.....	95
3 – Mapa Estratégico do Hospital.....	96
4 – Estrutura de Sistema.....	97

## ÍNDICE GERAL

Introdução.....	13
Metodologia.....	14
Capítulo 1 – Gestão da Qualidade.....	16
Capítulo 2 – Gestão Hospitalar e Qualidade em Saúde.....	25
Capítulo 3 – Histórico da Acreditação.....	30
Capítulo 3.1 – Acreditação no Brasil.....	34
Capítulo 3.2 – Acreditação em um Hospital Privado de Macapá/AP.....	42
Capítulo 4 – Discussão e Resultados.....	46
Conclusão.....	78
Bibliografias.....	81
Apêndice.....	90
Anexos.....	93

## INTRODUÇÃO

Os serviços de saúde, a globalização, evolução tecnológica, competitividade de mercado, e a cobrança da sociedade por uma resposta mais rápida às suas necessidades, faz com que as organizações estejam comprometidas com a melhoria contínua. Assim, o sucesso de uma instituição depende da sua capacidade de estar aberta para aprender novos conceitos, inovar e satisfazer sua clientela, implantando como método de trabalho processos que visam à segurança de seus serviços.

É sabido que as organizações de saúde são consideradas complexas, dinâmicas, sistematizadas e vivas, onde as estruturas e os processos são de tal forma interligada, que a alteração de um componente interfere no conjunto e no resultado final.

Com a implantação do Programa de Qualidade em uma organização hospitalar, espera-se que as pessoas envolvidas, melhorem os seus métodos de trabalho, padronizando rotinas e protocolos, demonstrando que o processo de qualidade, gere impactos em seus resultados e seja relevante à população.

A gestão hospitalar é recente no Brasil e tem muito a ser aprimorada. Mesmo os hospitais com gestão especializada têm apresentado dificuldades em obter os resultados esperados. Muitas instituições de saúde perdem tempo e recursos financeiros com retrabalhos, algumas fecham suas portas ou estão deterioradas comprometendo a continuidade de seus serviços.

As ferramentas inquisitórias utilizadas para o desenvolvimento deste trabalho foram: pesquisa bibliográfica sobre o eixo temático, informações colhidas junto ao comitê da qualidade do hospital de modo a obter dados que confirmassem os resultados do processo de acreditação. Outra ferramenta utilizada foi o questionário fechado aplicado com a equipe de saúde.

No que tange ao questionário aplicado no referido estudo, para a avaliação do processo de gestão da qualidade com foco em resultado no hospital privado de Macapá foram realizados questionamentos, subdivididos em duas etapas: I. Caracterização do entrevistado; II. Dados objetivos sobre o processo de acreditação.

O programa de qualidade tem como finalidade organizar os processos, de forma a obter economia de tempo e recursos, atingir assim, as metas e os resultados, justificando a importância deste trabalho. Os problemas levantados são: quais os processos que não estão em conformidades? Quais as dificuldades em atingir os resultados estabelecidos?

Desta forma, o objetivo geral deste trabalho é estudar o processo de certificação de um hospital privado da cidade de Macapá. Tendo como objetivos específicos, verificar a percepção dos profissionais sobre o processo de qualidade e seu alinhamento com mapa estratégico; e analisar os indicadores de resultados com vista à qualidade.

Os dados coletados nessa dissertação foram tabulados e avaliados estatisticamente. Nessa perspectiva, foram construídos gráficos que ajudaram a demonstrar os resultados obtidos com o processo de acreditação hospitalar na referida instituição no ano de 2012. Para tanto, o trabalho foi concebido de forma estruturada sendo dividido em quatro capítulos. Nesse contexto o primeiro capítulo conceitua a gestão da qualidade, sua evolução e benefícios. O segundo capítulo resgata conceitos da gestão hospitalar e qualidade em saúde. O terceiro capítulo discorre sobre a história da certificação, sua evolução no mundo e no Brasil. e relata o processo de acreditação em um hospital privado em Macapá, Estado do Amapá. Por fim, o quarto capítulo apresenta os resultados obtidos com o trabalho, a riqueza das informações colhidas nos relatórios gerenciais, documentos do escritório da qualidade, a pesquisa realizada com os profissionais da instituição, as principais conclusões, bem como as limitações.

## **METODOLOGIA**

Este trabalho foi classificado como uma pesquisa documental, de campo, de cunho quantitativo obtido através da revisão da literatura com a abordagem descritiva exploratória (Soares & Sautheir 2003).

A ciência é entendida como um busca constante de explicação e soluções, de revisão e reavaliação de seus resultados e tem a consciência clara de sua falibilidade e de seus limites. Por ser algo dinâmico e detalhista e/ou conciso, a ciência busca renovar-se e reavaliar-se continuamente (Leite, 2008, p. 88).

Na perspectiva de desenvolver um estudo coerente, claro e objetivo com informações para novas análises e decisões, compreendendo o período de janeiro de 2008 a maio de 2013, tempo que a instituição obteve o diagnóstico institucional, bem como o selo de certificação ONA.

O estudo foi desenvolvido em um hospital privado, de grande porte, no Estado do Amapá, no município de Macapá, com 188 leitos em funcionamento, com serviços de

média e alta complexidade abrangendo atividades ambulatoriais, diagnósticas, internações, além de procedimentos cirúrgicos.

O quadro de pessoal é composto por 769 funcionários, com corpo clínico aberto composto por 142. Além das informações coletadas no escritório da qualidade do hospital selecionado indicadores de maior impacto nos resultados, nas perspectivas do mapa estratégico, tais com sustentabilidade social e ambiental, financeiro, pessoas aprendizado e desenvolvimento, processos tecnologia e estrutura e cliente sociedade e legislação.

Foi confeccionado e aplicado um questionário constituído por perguntas fechadas. Para melhor entendimento, este foi subdividido em duas etapas:

- 1ª Parte: Caracterização do entrevistado: área de trabalho, tempo de vínculo com a instituição, sexo, participou do processo de acreditação;
- 2ª Parte: Dados objetivos sobre o processo de acreditação: com o processo de certificação, no que diz respeito à organização o hospital é? No que diz respeito à capacitação e conhecimento o hospital tem proporcionado? O processo de certificação no que diz respeito à realização de suas atividades trouxe? Com o processo de certificação as atividades, rotinas e protocolos na sua área de atuação se tornaram? Com o processo de certificação hoje você trabalha? Com o processo de certificação você considera que hoje para realizar suas atividades você está? Hoje com o processo de certificação você considera que na sua área de atuação se tem? Por trabalhar em um hospital certificado em termo de satisfação profissional você se considera? Comparando o hospital com outros hospitais que não tem em suas atividades o processo de qualidade implantado, você considera que o hospital é? Para que o hospital atinja seus objetivos do mapa estratégico você enquanto profissional esta? Com o processo de certificação o hospital tem mostrado os seus objetivos de forma? Em ordem de classificação (1, 2, 3, 4 e 5) na sua avaliação o processo de certificação tornou o hospital mais?

Foram distribuídos aos entrevistados 205 questionários, sendo devolvidos 205 recolhidos na sua totalidade para posterior análise, tabulação e tratamento estatístico. Optou-se pela catalogação e ordenação dos dados coletados em planilha do Microsoft Office Excel (versão 14.0, 2010) para em seguida serem avaliadas e transformadas em representações gráficas com a finalidade de discutir o assunto e os resultados obtidos.

Os indivíduos contemplados nessa pesquisa foram o profissionais da equipe de saúde pertencentes ao quadro de funcionários do hospital, distribuídos nos mais diversos



cargos: profissionais atuantes nas áreas administrativas, assistenciais, médicas e operacionais.

Paralelamente a aplicação do questionário ocorreu também, uma visita ao comitê de qualidade com o objetivo de coletar dados importantes indicadores compilados nos anos de 2008 a 2013, conforme Quadro 02, p. 48, bem os dados coletados aos relatórios gerenciais da alta direção de modo a estabelecer uma análise comparativa dos indicadores obtidos antes e após o processo de acreditação, visando comprovar se a metodologia ONA foi eficaz e efetiva frente às melhorias pretendidas.

Em síntese o método de estudo, buscou a compreensão do processo de acreditação com foco em resultados, por meio dos indicadores da alta administração e também através das respostas obtidas com o questionário aplicado a equipe multiprofissional.

## **CAPÍTULO I**

### **Gestão da Qualidade**

Atualmente fala-se muito em qualidade, pois a sociedade procura continuamente serviços que atendam suas necessidades, o que gera modificações nos cenários, exigência maior dos fornecedores, para suprir um demanda crescente. O termo qualidade deriva do latim “qualis”, “tal e qual as coisas de fato são”, porém, sua subjetividade torna difícil de interpretar, podendo a qualidade ter diferentes definições e significados em função das pessoas, do contexto, ou do próprio negócio (Rego, 2008). Assim, o conceito pode ser atribuído para validar se determinado produto ou serviço é adequado ao uso.

Retificado por Osman, Ali, Rashid & Jusoff (2009), qualidade é um termo com significado importante para produtor e consumidor.

Segundo Abrantes (2012, p. 7), a qualidade deve ser entendida como tudo o que é feito para melhorar o produto do ponto de vista do cliente. A melhoria vem da ação: desenvolvimento, teste e implementação da mudança.

Definir qualidade não é fácil, pois caracterizar algo complexo e multifacetado, que pode ter várias perspectivas, pois depende da situação e da necessidade de cada grupo de indivíduos.

De acordo António e Teixeira apud Abrantes (2012, p.7), a própria filosofia da qualidade adapta uma posição de não existência de uma definição absoluta e universal.

“Qualidade” é uma noção abstrata – fácil de descrever, mas difícil de operacionalizar. Uma “boa atenção à saúde” é difícil de definir e frequentemente depende dos padrões estabelecidos pelas agências reguladoras de cada país. (La Forgia & Couttolenc 2009)

Devendo ser analisado de vários aspectos dependendo da situação, ou seguimento.

Na verdade qualidade não é um tema novo, ao longo da história, sempre houve uma busca constante por ela. Pois o ser humano é um eterno perseguidor do aperfeiçoamento. Quando paramos e pensamos no mundo atual, para chegar ao que é hoje, foi necessário que ocorresse evolução nos campos relacionados à vida e o progresso da sociedade, é nítido essa busca. Pensando nas relações entre os povos, à medida que se tornaram mais complexas, gerando disputas intelectuais, comerciais, culturais, econômicas, científicas, esportivas entre outras, a qualidade se tornou vital para o sucesso, provocando em todos a necessidade de estar no limite da excelência em tudo o que é produzido ou oferecido.

Andrade & Amboni (2011, p. 47), ressalta que no decorrer do século XVIII, a Europa ocidental passou por uma grande transformação no setor da produção, em decorrência dos avanços das técnicas de cultivo e da mecanização das fábricas, à qual se deu o nome de Revolução Industrial.

Quando nos reportamos à Revolução Industrial, verificamos claramente que ela foi responsável pelo surgimento da organização e da empresa moderna, com o advento da padronização. Ela foi seguida pela abordagem clássica da administração, que se desdobrou em administração científica e teoria clássica, as quais consistiram nas operações, na estrutura e na produtividade, dando pouca atenção nas pessoas. Os engenheiros Frederick W. Taylor<sup>2</sup>, Harrington Emerson<sup>3</sup>, Henri Fayol<sup>4</sup> e Henry Ford<sup>5</sup> foram fundamentais para essa evolução.

Lacombe & Heilborn (2008, p. 37) diz que administração científica: teoria baseada na divisão do trabalho em tarefas elementares e praticamente indivisíveis e na

---

<sup>2</sup> **Frederick Winslow Taylor** foi um engenheiro mecânico estadunidense, considerado o "Pai da Administração Científica" por propor a utilização de métodos científicos e cartesianos na administração de empresas. Seu foco era a eficiência e eficácia operacional na administração industrial.

<sup>3</sup> **Harrington Emerson** foi um engenheiro que simplificou os métodos de trabalho. Popularizou a Administração Científica e desenvolveu os primeiros trabalhos sobre seleção e treinamento de empregados.

<sup>4</sup> **Jules Henri Fayol** foi um dos teóricos clássicos da Ciência da Administração, sendo o fundador da Teoria Clássica da Administração e autor de *Administração Industrial e Geral* (título original: *Administration industrielle et générale - prévoyance organisation - commandement, coordination – contrôle*).

<sup>5</sup> **Henry Ford** foi um empreendedor estadunidense, fundador da Ford Motor Company e o primeiro empresário a aplicar a montagem em série de forma a produzir em massa automóveis em menos tempo e a um menor custo.

especialização das pessoas na execução dessas tarefas, visando a obter ganhos de produtividades.

Com isso no século XX surgiu a engenharia da qualidade e da confiabilidade com ênfase no trabalho estatístico. Logo em seguida à Segunda Guerra Mundial. Veio à tona um novo conceito de qualidade: o Controle de Qualidade Total (CQT<sup>6</sup>). E o homem é visto como o centro nas relações de trabalho, e não mais as máquinas e estruturas.

Quadro 1 – Evolução da Escola da Qualidade

1920	1940	1950	1960	1980	SÉCULO XXI
Linha de montagem, controle estatístico da qualidade.	Segunda Guerra Mundial, controle estatístico da qualidade.	Controle da qualidade chega ao Japão por meio de Deming.	Qualidade total de Feigenbaum e Ishikawa.	Normas ISO, Garantia da qualidade.	Qualidade como estratégia de negócios.

Fonte: Antonio Cesar Amaru Maximiano: Livro, Introdução à Administração, 2011, adaptado pelo autor.

Lacombe & Heilborn (2008, p. 461), ressalta que Deming foi um dos pioneiros do conceito de que a produção deve estar subordinada às necessidades do mercado, isto é, dos clientes, e a qualidade deve ser o objetivo principal da produção.

Segundo, Pagliuso (2008, p. 61), salienta que qualidade é a totalidade de características de uma entidade (atividade ou processo, produto), organização, ou uma combinação destes, que lhe confere a capacidade de satisfazer as necessidades explícitas e implícitas dos clientes e demais partes interessadas.

Para Burmester (2003 p. 03), a qualidade é consequência de um modelo de gestão que evita, previne ou minimize as não-conformidades ou erros do sistema.

A gestão da qualidade pode ser definida como sendo qualquer atividade coordenada para atingir e controlar uma organização no sentido de possibilitar a melhoria de produtos/serviços, com vistas a garantir a completa satisfação das necessidades dos clientes relacionadas ao que está sendo

---

<sup>6</sup> O TQC, ou Total Quality Control (**Controle de Qualidade Total**), é um sistema de gestão da qualidade que busca transcender o conceito de qualidade aplicada ao produto. No TQC a qualidade é entendida como a superação das expectativas não apenas do cliente, mas de todos os interessados (stakeholders). Para compreender melhor vejamos um pouco da evolução do conceito de qualidade.

oferecido, ou ainda, a superação de suas expectativas. (Faria, 2013)

Feigenbaum *apud* Carvalho e Paladini (2012 p.14) “Qualidade é a composição total das características de marketing, projeto, produção e manutenção dos bens e serviços, através dos quais os produtos atenderão às expectativas do cliente.”

Percebe-se nas citações dos autores que qualidade é um conjunto de ações que ao longo do tempo o homem veio aprimorando para adequar produtos/serviços a suas necessidades, e nesse contexto o envolvimento das pessoas e o nível de comprometimento é de suma importância para obter os resultados esperados.

Focalizar os clientes observando suas necessidades atuais ou futuras é primordial sobre essa ótica lideranças pro-ativas que saibam envolver as pessoas da organização, com uma filosofia voltada para processos que primam pela melhoria contínua é determinante. E assim as tomadas de decisões deverão ser baseadas em evidências na relação de ganha / ganha com seus fornecedores para a criação de valor.

Segundo Juran *apud* Carvalho & Paladini (2012 p. 13) “Qualidade é uma barreira de proteção à vida” e “Qualidade é adequação ao uso.”

Os conceitos da qualidade mudaram consideravelmente ao longo do tempo. De simples operações em processos de manufatura, direcionadas para produzir pequenas melhorias localizadas, a qualidade passou a ser considerado um dos elementos fundamentais da gestão das organizações, tornando-se fator crítico para a sobrevivência de organizações produtivas, pela consolidação de bens tangíveis, serviços e processos nos mercados; e de pessoas, pelos seus diferenciais de atuação. (Carvalho & Paladini 2012, p.25)

Czerniewicz (2012), qualidade tornou-se um assunto de grande importância para muitas instituições de saúde, em particular no contexto de eventos adversos e falhas técnicas causadas por omissão ou negligência em matéria de garantia de qualidade.

Segundo Juran (1992, p. 02), a satisfação do cliente é alcançada quando as características do produto correspondem às suas necessidades.

Nesta perspectiva qualidade se torna diferencial para que organizações e pessoas possam permanecer interessantes ao mercado, uma vez que além de saber fazer é necessário satisfazer seus clientes e isto é percebido no momento que se faz uso do que está sendo disponibilizado.

Como os próprios autores mencionam qualidade não se registra em relatórios ou em documentos, é percebido no produto ou serviço durante o uso, tendo sua variação de

pessoa para pessoa. Porém, se faz necessário utilizar ferramentas que possa torná-la mensurável, para que a melhoria contínua seja perseguida.

Segundo Burmester (2009 p. 334), a essência da qualidade total é que sempre haverá formas melhores de se fazer as coisas; não importa a qualidade do que se faz hoje, sempre será possível melhorá-la.

Treviso, Brandão e Saitovitch (2009, p. 183) destaca que a melhoria da qualidade é um processo contínuo e envolve toda a instituição desde a parte administrativa até a operacional, constituindo-se um sistema de gerenciamento com ampla visão da organização.

Ao pensar em qualidade é necessário nos reportamos a questões básicas de nossa vida, como a água que tomamos o ar que respiramos, os alimentos que comemos e assim sucessivamente, até chegarmos a questões complexas como produtos e/ou serviços constituídos com alta tecnologia. E tudo isso requer conhecimento, estudo em melhorias, em função do desenvolvimento do planeta.

Primar pela qualidade nos mais diferentes ambientes de trabalho deveria ser a premissa básica de qualquer empresa, independente do ramo em que atua. Com uma administração voltada a desenvolver melhorias ao mercado, todas as conquistas acabam sendo consequências.

“Parece que hoje a qualidade assumiu, plenamente, um enfoque que David Garvin fixou 20 anos atrás: a visão transcendental, ou seja, a qualidade não está apenas no processo produtivo, no método de trabalho, no produto em si ou no serviço prestado: vai além de tudo isso.” (Carvalho & Paladini 2012 p. 28)

De fato, sob a abordagem abrangente que a qualidade é definida a partir das relações das organizações com a sociedade, não tem sua consistência baseada apenas no seu lado, digamos assim, mais romântico, talvez utópico, ou mesmo idealista. Pois os consumidores de hoje são mais exigentes, têm novas ideias, novas percepções, novas expectativas, já não são como os de 20 ou 30 anos atrás.

Essa mudança advém das causas ou consequências da revolução pela qualidade difundida nos anos 80. Que trouxe a tona novos conceitos, posturas, exigências e expectativas de uma clientela por produtos e/ou serviços melhores.

“O conceito qualidade é construído de forma consistente quando se transforma em um valor. Ou seja, fazendo com que as pessoas passem a acreditar que, efetivamente, a qualidade é fundamental para a sobrevivência da organização e delas próprias. Não se deseja, assim, uma simples mudanças de posturas ou comportamentos, mas, sim, uma alteração na

forma de pensar e crer. Criar uma nova forma de agir, portanto, seria simples consequência.” (Carvalho & Paladini 2012, p. 32)

Com essa perspectiva qualidade não é apenas o foco de defeito zero, é bem mais abrangente, pois as pessoas são o centro de toda a questão, são elas que idealizam produtos e serviços e que posteriormente são elas que dão formas e estes, que serão usados ou consumidos por pessoas. Cabe aos profissionais ser a vara mestra impulsionadora para obter qualidade em todos os sentidos. Fazendo com que tudo que se crie seja adequado ao uso.

Assim, a gestão de um empreendimento é primordial para que os resultados sejam atingidos. Para tanto, é necessário que o modelo de gestão seja orientado em missão, visão, valores e princípios.

“O modelo de gestão é tido como um conjunto de valores e princípios que predominam na instituição e tem como referência as crenças do grupo de poder desta. Esses valores e princípios, por sua vez, vão influenciar o comportamento do indivíduo.” (Pereira, et. al., 2005, p.63)

Harrison (2005, p. 112), salienta que a missão define o que é a organização e as razões para sua existência; normalmente contém todos os elementos de direção estratégica, incluindo visão, definição de negócios e valores organizacionais.

Para Chiavenato (2003, p. 601), a missão se refere à finalidade ou motivo pelo qual a organização foi criada e para o que ela deve servir. Ela significa a razão de existência de uma organização.

Como se podem observar os autores são categóricos: a gestão têm seus pilares na missão, visão, valores e princípios e estes são como um chafariz que alimenta as ações de cada indivíduo da organização. Tornando ela viva para oferecer um produto e/ou serviço de qualidade.

“O Balanced Scorecard é uma ferramenta (ou uma metodologia) que traduz a missão e a visão das empresas num conjunto abrangente de medidas de desempenho que serve de base para um sistema de medição e gestão estratégica”. (Norton e Kaplan *apud* Herrero, 2005, p. 25)

Com tantas ferramentas e metodologias de gestão eleger uma que melhor se adequa a filosofia e cultura da empresa é primordial. Pois medir a saúde financeira de uma organização não é mais suficiente para obter resultados é necessário medir a saúde estratégica a longo prazo. E fazer com que seus processos estejam alinhados a sua missão e visão, bem como as perspectivas no mapa estratégico.

“O Balanced Scorecard é um sistema de gestão que traduz a estratégia de uma empresa em objetivos, medidas, metas e iniciativas de fácil entendimento pelos participantes da organização. É uma ferramenta gerencial que permite capturar, descrever e transformar os ativos intangíveis de uma organização em valor para os stakeholders.” (Herrero, 2005, p. 26)

Um hospital é tão real quanto a própria vida e tão distante da fantasia e diversão da maioria das pessoas quanto possa imaginar, em um ambiente onde há pacientes sentindo dores, tristes, ansiosos e deprimidos, não se busca exatamente entretenimento. Por isso satisfazer esses clientes e aplicar conceitos de qualidade é extremamente complicado.

“A Disney realmente definiria o trabalho como um teatro se administrasse o seu hospital? Certamente. E saiba por que: a Disney World não é um serviço; é uma experiência. Assim como os filmes e as peças de teatro. A hospitalização não é um serviço também; é uma experiência. A Disney World fornece um palco para facilitar a experiência da diversão.” (Fred 2009, p. 11)

A palavra “serviço” para descrever o trabalho da equipe multidisciplinar no hospital não é muito adequada, principalmente quando se refere a cuidar dos pacientes. Assim, as pessoas quando buscam uma unidade hospitalar está a procura de resolver um problema que está lhe incomodando, essa pode ser a melhor ou a pior experiência de sua vida.

Para a Disney e os hospitais, é mais exato descrever seus negócios como uma oferta de uma experiência altamente transformadora do que o fornecimento de um serviço. Nem todo o drama deve ser divertido. Mas todo drama bem sucedido é um experiência transformadora. (Fred, 2009 p. 111)

Melhorar o tratamento oferecido aos pacientes, chamando-o de excelência no atendimento, seja mais adequado. O que acontece nos hospitais é experiência que nem todos nós estamos preparados para sermos submetidos, e quanto mais bem sucedidos for melhor.

Para isso as instituições hospitalares desenvolvem estratégias de gestão e de cuidado para tornar essas experiências as mais positivas possíveis.

Atingir objetivos é desenvolver métodos, obter análise do ambiente interno e externo. Para assim, criar as estratégias de gestão.

“Administração estratégica é um processo pelo qual as organizações analisam e aprendem com seus ambientes internos e externos, estabelecem a direção estratégica, criam estratégias que pretendem mover a organização naquela direção e programam essas estratégias, tudo em um esforço para satisfazer a seus principais públicos interessados.” (Harrison 2005, p. 26)

Chiavenato (2003, p. 543), ressalta que o modelo da estratégia deve ser simples e formal e a estratégia deve ser única e feita sob medida para cada organização.

Barney & Hesterly (2007, p. 24), destacam que a estratégia de uma empresa é sua teoria de como ganhar vantagens competitivas. Essas teorias, assim como todas as outras, são baseadas em premissas e hipóteses sobre como a concorrência em um setor deve evoluir.

Herrero (2005, p. 5), a gestão estratégica da empresa significa compreender que os acontecimentos do ambiente interno da empresa podem ter a mesma importância dos eventos externos para o sucesso da estratégia.

Segundo Wech (2005, p. 153) estratégia consiste simplesmente em descobrir a grande ideia, definir uma trajetória geral, incumbir as melhores pessoas de desbravá-la e então partir para a execução, com ênfase implacável na melhoria contínua.

Seguindo o raciocínio dos autores a estratégia é o norte que todos devem seguir para atingir objetivos.

Outro fator importante a estratégia deve apresentar bom desempenho, e é necessário desenvolver uma organização que aprende, na qual as pessoas anseiam por fazer tudo melhor, sempre.

Quando adotam as melhores práticas de qualquer origem e as aprimoram para torná-las mais eficazes os resultados tendem a aparecer, fortalecendo os métodos utilizados.

Desta forma, estratégia combinada com o aprendizado e a prática diária da melhoria contínua, obtém-se a qualidade que todos buscam.

Segundo André (2010, p. 223) salienta que o estímulo à criação do conhecimento, sua manutenção e disseminação, permitem também o processo de inovação nas Organizações.

Segundo ANAHP<sup>7</sup> (2013, p. 21) o desenvolvimento das competências é uma importante estratégia de alinhamento, bem como uma ferramenta fundamental para evidenciar a transparência da instituição em relação ao que ela espera do colaborador.

Segundo Ruthes & Cunha (2008, p. 356), acredita-se que a ferramenta da gestão por competências auxilia muito na escolha, dando possibilidade de maior assertividade na locação dos profissionais nas respectivas áreas.

---

<sup>7</sup> Associação Nacional de Hospitais Privados - ANAHP é uma entidade representativa dos principais hospitais privados de excelência do país. Criada em 11 de maio de 2001, surgiu para defender os interesses e necessidades do setor e expandir as melhorias alcançadas pelas instituições privadas para além das fronteiras da Saúde Suplementar, favorecendo a todos os brasileiros.



“Desenvolver pessoas não significa apenas proporcionar-lhes conhecimentos e habilidades para o adequado desempenho de suas tarefas. Significa dar-lhes a formação básica para que modifiquem antigos hábitos, desenvolvam novas atitudes e capacitem-se para aprimorar seus conhecimentos, com vista em tornarem-se melhores naquilo que fazem.” (Gil, 2007, p. 121)

Com as mudanças ocorridas nas instituições hospitalares, sendo introduzidos os modelos de acreditação hoje para a área da saúde destacam a importância de se ter um corpo de colaboradores adequado, competente e constantemente treinados e as organizações que desejam competir no mercado podem utilizar o mapeamento das competências para acreditação. (Lene, 2005)

Segundo Welch (2005 p. 101) Como as recompensas e o reconhecimento, o treinamento surte esse efeito. Motiva as pessoas, demonstrando-lhes uma maneira de crescer, deixando claro que a organização se importa com elas, e que elas têm futuro.

Segundo Hargreaves, Zuanet e Lee (2008 p. 18) pode-se concluir que qualidade só aparece se os profissionais envolvidos com o serviço estão comprometidos com o trabalho e se as empresas, por sua vez, praticam políticas de valorização e capacitação de pessoal.

“A motivação ou disposição para empenhar-se o melhor possível no desenvolvimento de suas atribuições tem naturalmente muito a ver com o próprio empregado, mas também é fortemente influenciada pela empresa. Hoje, reconhece-se que os empregados preferem trabalhar em empresas que oferecem qualidade de vida, ou seja, capazes de proporcionar segurança e satisfação.” (Gil 2007, p. 45)

Ao longo dos anos as instituições têm investido e dando ênfase as pessoas como uma forma de garantir a excelência dos serviços prestados. Assim, transformar conceitos em práticas tem sido o grande desafio, pois é necessário sensibilizar gestores e esses serem os verdadeiros educadores da equipe, para que está possa transformar conhecimento em hábitos e esses em ações que gerem resultados.

Segundo Lacombe & Heilborn (2008, p. 494) as organizações que aprendem são aquelas que possuem a capacidade de criar, adquirir e transferir conhecimento, bem como modificar seu comportamento para refletir novos conhecimentos e discernimentos.

A gestão de pessoas ocupa um papel importante nas instituições de saúde, principalmente aquelas que desenvolvem algum programa de qualidade, pois todas as

ações permeiam pela construção do conhecimento dos profissionais, independente do lugar que ocupa na hierarquia organizacional.

## **CAPÍTULO II**

### **Gestão Hospitalar e Qualidade em Saúde**

Ao pensarmos em hospital é necessário relembrar que esta instituição para atender o seu propósito tem em seu seio outras empresas. E que a sua eficiência depende muito de como está organizado e alinhado a filosofia de trabalho.

“A história dos hospitais no mundo inicia-se com o imperador Constantino, que ao abraçar a fé cristã fez destruir os templos de Esculápio (335 d. c) e construiu um hospital em Constantinopla para estrangeiros e peregrinos em demanda da Terra Santa.” (Pereira, et. al., 2005 p.56)

E a partir deste marco começou a história dos hospitais no mundo.

A assistência hospitalar no Brasil teve início logo após o descobrimento. Antes mesmo de receber o primeiro Governador Geral, a Terra Santa viu surgir uma obra misericordiosa, erguida em Santos por Braz Cubas<sup>8</sup>, no ano de 1543, surgia então, o primeiro Hospital do Brasil, a Santa Casa de Misericórdia de Santos (Mirshawaka, 1994).

“O processo histórico brasileiro sobre avaliação da qualidade dos serviços de saúde no Brasil é estigmatizado por crises endêmicas e epidêmicas, cuja falta de soluções foram imputadas à organização administrativa das instituições e, a semelhança do que ocorreu na Europa.” (André 2010, p. 246)

Em 1828, foi nomeada uma comissão para realizar um inquérito nos hospitais brasileiros na cidade do Rio de Janeiro que, baseados nos preceitos de Tenon. Tal estudo concluiu que o resultado foi insatisfatório, pois os indicadores demonstrava que a Santa Casa de Misericórdia, fundada em 1582, pelos jesuítas no sopé do Morro do Castelo, não apresentava os preceitos de qualidade da época.

Durante muitos anos a questão da qualidade dos serviços de saúde não foi objeto de trabalho pelos gestores do sistema de saúde.

Apesar dos princípios de padronização hospitalar ter sido introduzido em 1944 em nosso país, e de constituírem tema do 1º Congresso Nacional do Capítulo do Colégio de

---

<sup>8</sup> **Brás Cubas** foi um fidalgo e explorador português. Fundador da vila de Santos (hoje cidade) governou por duas vezes a Capitania de São Vicente (1545-1549 e 1555-1556). É considerado por alguns historiadores como fundador de Mogi das Cruzes, em 1560.

Cirurgiões, em 1952, foi a partir da década de 1960 que houve uma preocupação maior, por parte das autoridades que se dedicavam à administração hospitalar, em relação aos padrões mínimos de planejamento e organização de hospitais.

O Ministério da Saúde em 1992 elaborou o projeto garantia da qualidade em saúde junto com o Banco Mundial. Tem uma estrutura composta por quatro componentes: rede de informações, desenvolvimento gerencial, regulação e controle da utilização em saúde e social.

“O hospital começa a ser gerido como uma empresa, surgindo técnicas de gestão empresarial como planejamento, a avaliação de resultados, a criação de carreiras profissionais, a profissionalização da função de administrador hospitalar e a racionalização, ainda que de maneira incipiente.” (Pereira, et. al., 2005 p.62)

Desde então o sistema brasileiro hospitalar vem evoluindo com o objetivo de oferecer assistência à população brasileira, na busca de equilibrar saúde/doença.

O dinamismo tornou-se a característica mais interessante do sistema hospitalar brasileiro. Não faltam ideias, inovações e iniciativas para tentar corrigir as deficiências de hospitais com baixo desempenho.

Segundo La Forgia & Couttlenc (2009, p. 01) os hospitais são o centro de saúde no Brasil, respondem por dois terços dos gastos do setor e boa parte dos serviços produzidos. Neles está empregada a maioria dos médicos, enfermeiros, e outros profissionais da área da saúde.

Assim começa a configuração de um novo cenário na área da saúde, fazendo com que as instituições hospitalares se adeque as novas exigências de mercado e de sua clientela. Pois atender com qualidade equilibrando seus gastos requer gestão e disciplina. Gestão para ter os seus departamentos organizados e disciplina para que os controles sejam efetivos.

“As instituições hospitalares lideram a prestação de serviços de saúde e empregam os profissionais de ponta do País. São também centros de treinamentos e o principal ambiente de desenvolvimento e adoção de novas tecnologias.” (La Forgia & Couttlenc 2009 p. 01)

Os hospitais são as instituições que mesmo com a tecnologia disponível no mercado, não tem como substituir a mão de obra através da automação, pois a máquina ainda não substitui o tato, a sensibilidade, o sorriso, o apoio e o calor humano, fator inerente ao ser humano. São pessoas que cuidam de pessoas.

“A Organização Mundial da Saúde definiu assim o hospital: O hospital é parte integrante de um sistema coordenado de

saúde cuja função é dispensar à comunidade completa assistência à saúde preventiva e curativa, incluindo serviços extensivos à família em seu domicílio e ainda um centro de formação para os que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas bio-sociais.” (Cherubin 2011 p. 35)

Para suprir uma necessidade eminente os hospitais foram se aperfeiçoando a forma de gerir suas atividades para fazer frente às exigências do mercado e da própria necessidade humana.

Foram estudado as formas, os fluxos, os materiais, a sequência das atividades tudo para que os resultados fossem melhorados, e claro que com isso surge a necessidade de gerir de forma eficiente, eficaz para se obter a efetividade.

“O modelo de gestão hospitalar foi se desenvolvendo na linha do tempo, de acordo com características que aquele momento da realidade apresentava. Foi dessa forma dinâmica e contínua que os modelos de gestão evoluíram. Para manterem-se competitivas, acredita-se que as empresas devam mudar seus modelos de gestão para atender aos diversos desafios que vivenciam em seu desenvolvimento.” (Maia & Júnior 2005 p. 62)

As instituições sejam elas de saúde ou não desenvolvem modelos de gestão com um conjunto de valores e princípios que predominam na instituição e tem como referência as crenças do grupo. Estes valores influenciam o comportamento do indivíduo.

“O modelo de gestão, dá o norte para o comportamento de todos na organização, sendo um guia da forma em que se dá a solução de problemas pelos administradores e como esses referenciais são demonstrados pelo comportamento de uma organização.” (Maia & Junior 2005 p. 63)

Portela & Schmidt (2008) diz que compete à gestão hospitalar atender a missão do hospital, voltada tanto ao negócio quanto à assistência à saúde, otimizando muitas vezes os escassos recursos financeiros a fim de oferecer assistência com qualidade à população.

E ao pensar em hospital em sua gestão eficiente, competente associamos a serviços com qualidade, pois mais do que qualquer coisa neste mundo a saúde é tida como um meio para ter vida em plenitude.

Desta forma, a gestão da qualidade é uma ramificação da gestão hospitalar, pois se quer ter qualidade nos serviços prestados é necessário introduzir essa metodologia na gestão de um hospital.

Segundo Feldman (2008 p. 25) a filosofia da gestão da qualidade é um referencial para o desenvolvimento de uma cultura baseada na melhoria contínua.

Buermester (2003 p. 03), diz que qualidade é consequência de um modelo de gestão que evite, previna ou minimize as não-conformidades ou erros da sistema.

Qualidade em saúde reporta-se um bom atendimento. Mas qualidade é muito mais que isso, transcende a avaliação leiga. Os métodos, os processos, contrariam o que muitas vezes achamos que é bom. Fazer saúde com qualidade é fazer certo, a primeira vez e todas às vezes, para que a vida seja preservada.

Nesta perspectiva saúde requer combinar qualidade e serviços médico-hospitalares, um desafio para muitas instituições de saúde. A aplicação de conceitos de qualidade total na atividade hospitalar não só é possível, como também é de extrema importância, tanto nas instituições privadas como nas públicas, pois exige eficácia (a estratégia e as decisões certas), eficiência (o fazer correto) e discernimento (a detecção das peculiaridades do ambiente), para melhorar serviços tão críticos e torna-los integralmente focados nos clientes de saúde e em suas expectativas. (Taraboulsi, 2005, p. 222)

A implantação um sistema de qualidade em instituições de saúde requer comprometimento, responsabilidade e pro atividade em todos os níveis. É necessário romper barreiras e quebrar paradigmas, e nem todos estão dispostos a realizar, pois faz com que os profissionais saem das zonas de conforto. É estar atento a tudo que acontece a sua volta, é aprender e reaprender todos os dias.

Em um cenário em que o conjuntos de ações nada mais é do que as ferramentas planejadas, organizadas e aplicadas da ciência da Qualidade de hoje e denominadas: descrição de processo, fluxograma, protocolo, relatório de falhas de projeto, medições e comparações, controle de documentos, rastreabilidade, controle de processo, conformidade, análise crítica de resultados, continuidade do processo de melhoria, ações corretivas e preventivas. (Mello & Camargo, 1998, p. 36)

A prestação de serviços é uma tarefa coletiva, focada na satisfação dos clientes internos e externos, dependente de processos adequados, de equipes capacitadas, interessadas e estimuladas ao aprendizado permanente. Assim, os funcionários da organização devem estar comprometidos com a qualidade, sendo necessário que o alinhamento com a alta administração se torna essencial para obter êxito.

“Qualidade é consequência de uma ação gerencial integrada, sistêmica e coerente que crie condições para que a ação assistencial se dê com qualidade em todo o hospital e não apenas em algumas partes – tal é a natureza da interação entre os diversos serviços.” (Perreira, et. al., 2005, p. 333)

As instituições de saúde têm em sua essência preservar vidas. Para tanto, é necessário garantir que essa seja preservada e não prejudicada, assim, a qualidade deve ser um propósito de todos, refletidos em ações comprometidas, guiadas por um modelo de gestão que, integram, evitam, previnem ou minimizem as não conformidades ou os erros do sistema produzidos por essas ações.

“É consenso que o bem padrão de qualidade representa alguma coisa bem concebida, bem projetada, bem elaborada, bem organizada, bem administrada, bem feita, bem apresentada, que atende a determinadas especificações e satisfaz, assim, as necessidades de produtores, prestadores de serviços e clientes.” (Zuanetti, 2008, p.12)

Tal modelo deve permitir a efetiva identificação de problemas potenciais, procedendo à avaliação objetiva de suas causas, implantando ações para eliminá-los e fazendo uma monitoração que assegure a real eliminação deles.

“Qualidade em serviços médico-hospitalares, requer gerenciamento participativo e exige da alta direção uma avaliação das pessoas que compõem seus quadros. É preciso motivar, sensibilizar e orientar para alcançar a melhoria contínua, com foco no treinamento e no aprendizado e, acima de tudo qualidade pessoal.” (Taraboulsi, 2005, p. 223)

Segundo Mezomo (1995 p. 48) a melhoria contínua em todas as operações e setores da empresa se faz necessária. Ela deve ser uma ideia fixa e uma verdadeira obsessão e paixão de todos: deve fazer parte do dia-a-dia das pessoas de todas as áreas.

A gestão da qualidade é um conjunto de normas e técnicas de otimização dos serviços, produção, processos, produtos, materiais e etc. Consiste em pouco gasto com muito rendimento.

Desta forma, o programa de qualidade não se resume a manual, normas e padrões. É mais abrangente, pois qualidade é algo que deve despertar e contagiar a comunidade do hospital.

São desafios que agita o ambiente institucional, rompendo paradigmas e renovando estruturas rígidas e arcaicas.

Pois os hospitais são locais que recebem pacientes ou clientes, o tempo todo, e esses merecem atendimento eficiente 24 horas. Para não perder a continuidade da qualidade na assistência médico hospitalar.

Segundo Hargreaves, Zuanetti, Lee et al (2008, p.16) a prestação de serviço depende muito da pessoa que está em contato direto com o cliente, mas a retaguarda é determinante para a qualidade.

O grande desafio é fazer com que os diversos turnos tenham a mesma percepção de trabalho, e isso na área da saúde é ter pessoas estratégicas nos plantões de trabalho para que essa continuidade seja eficiente.

## **CAPÍTULO III**

### **Histórico da Acreditação**

A avaliação em saúde iniciou-se no século passado, quando um grupo de cirurgiões se reuniu e criou o Colégio Americano de Cirurgiões (CAC<sup>9</sup>), que em meados de 1924 estabeleceu o Programa de Padronização Hospitalar, e neste definiu-se um conjunto de padrões de qualidade apropriados ao atendimento ao paciente.

“Os padrões aqui se referem relacionam-se à organização do corpo clínico, ao exercício da profissão, e ao conceito de corpo clínico; outro preconizava o preenchimento do prontuário, incluindo a história e exames do paciente, bem como as condições da alta; e o último, referia-se à existência de recursos diagnósticos e terapêuticos, além de no mínimo um laboratório clínico para análises e departamento de radiologia.” (Feldman, et. al., 2005, p. 214)

Buscando sempre a eficiência da atividade, em 1949 o Manual de Padronização apresentava 118 páginas, neste momento com o aumento das instituições de saúde o CAC, passou a ter dificuldade em mantê-lo, devido à elevação dos custos, à sofisticação crescente da assistência médica, o aumento do número de instituições, a complexidade e a grande procura de especialistas não cirurgiões após a 2ª Guerra Mundial.

A partir daí o CAC iniciou parcerias com a Associação Médica Americana, Associação Médica Canadense, Colégio Americano de Clínicos e Associação Americana de Hospitais para apoiar e participar com outras organizações inteiramente dedicadas à melhoria e promoção da acreditação voluntária.

Após a união destes grupos em 1951, nos Estados Unidos criou-se a Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais (CCAH), que em dezembro de 1952, delegou oficialmente o programa de Acreditação a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH)*.

Esta empresa se constituiu em sua natureza privada, que buscou disseminar e enfatizar na cultura médico-hospitalar a qualidade, foi adquirindo confiança em sua metodologia

---

<sup>9</sup> O Colégio Americano de Cirurgiões, tradução do inglês para *American College of Surgeons*, é uma associação educacional de cirurgiões criada em 1913 para melhorar a qualidade do cuidado para o paciente cirúrgico, estabelecendo altos padrões para a educação e prática cirúrgica.

de trabalho inserindo sua cultura da qualidade no meio acadêmico e institucional, forçando a criação de leis mais complexas na área da saúde.

Em 1970, a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO)*<sup>10</sup> publicou o *Accreditation Manual for Hospital*, modificando o grau de exigência, contendo padrões ótimos de qualidade, considerando também processos e resultados da assistência.

A JCAHO tornou-se referência em qualidade, participando de eventos e na elaboração de leis que venham a contribuir para a melhoria da qualidade. Além de atuar no sentido de privilegiar a ênfase na assistência clínica através do monitoramento de indicadores de desempenho ajustando à gravidade, ao desempenho institucional e atuando como verdadeira educadora, publicando documentos como normas, padrões e recomendações com vista à qualidade.

“A metodologia internacional traz em sua aplicação todos os conceitos, princípios e modelos de padrões utilizados pela The Joint Commission em sua longa e bem sucedida experiência nos Estados Unidos. Há de se ressaltar que os manuais e seus padrões internacionais não são simples traduções dos padrões utilizados no processo americano. Os manuais e padrões utilizados são elaborados, testados e validados por um Comitê Internacional, constituído de membros representantes de diferentes países dos cinco continentes.” (Feldman 2008, p. 245)

É sabido que a JCAHO é a referência em acreditação internacional, acreditou instituições em diversos países como Alemanha, Brasil, Dinamarca, Espanha, Itália, Tailândia, Cingapura, Índia, Turquia, entre outros.

“O processo de acreditação internacional traz em seu conjunto de manuais e padrões conceitos e definições relacionadas com o Gerenciamento de Risco. O manual de padrões, em seu glossário, conceitua como um “Programa de Gerenciamento de Risco: atividades clínicas e administrativas que organizações adotam para identificar, avaliar o risco de injúrias para o paciente, profissionais e visitantes e o risco de perda para a própria organização.” (Feldman 2008, p. 247)

Todos os programas de qualidade têm suas metas, e esse tem sido um incansável propósito a ser seguido por todos os profissionais que atuam em sistemas de qualidade. Um dos itens que é evidente nos programas de qualidade é minimizar os efeitos nocivos a “saúde”, e quando se fala em saúde é em todos os sentidos seja do indivíduo ou do meio em que vive.

---

<sup>10</sup> *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)*, é um organismo de acreditação de unidades de saúde baseada nos Estados Unidos. É uma instituição sem fins lucrativos que tem acreditadas mais de 19 000 organizações e programas de saúde nos Estados Unidos, onde a maioria dos governos estaduais exige a acreditação da TJC para licenciamento e reembolsos do Medicaid.



A JCI<sup>11</sup> definiu um conjunto de 06 Metas Internacionais, que passam a fazer parte do processo de avaliação e acreditação das instituições hospitalares, integradas no manual internacional, em seu capítulo inicial, sendo obrigatórias a partir de janeiro de 2008. Em que os avaliadores buscam evidências de sistematização para garantia efetiva da segurança.” (Feldman 2008, p. 252 e 253)

As metas definidas pela JCI e os seus respectivos protocolos de condutas são:

1. Identificar os pacientes corretamente – usar 2 métodos para identificar o paciente quando administra medicamentos, sangue ou hemoderivados; coleta de exames laboratoriais ou presta qualquer tratamento ou procedimento. O número do quarto do paciente não pode ser usado para identificá-lo.
2. Melhorar a comunicação efetiva (prescrições/exames diagnósticos) – implementar um processo/procedimento para atender prescrições verbais ou por telefone ou para relatar um resultado de exame, que queira uma verificação completa de “leia de volta” da prescrição ou resultado do exame pela pessoa que recebe a informação.
3. Melhorar a segurança para medicamentos de risco – remover concentrados eletrólitos das unidades de cuidado ao paciente.
4. Eliminar cirurgias em membros ou pacientes errados – usar um check list, incluindo uma pré-conferência, imediatamente antes do início do procedimento cirúrgico, para assegurar que seja o paciente correto, o procedimento e local. Desenvolver um processo ou check list para verificar se todos os documentos e equipamentos necessários ao procedimento estão à mão, são os corretos e funcionando apropriadamente antes do início da cirurgia. Marcar o local preciso onde a cirurgia será realizada. Use um tipo compreensível de marca e envolva o paciente nesse procedimento.
5. Reduzir o risco de adquirir infecções – estar em conformidade com as publicações atualizadas e de acordo com a evidência científica, na aplicação de protocolos de lavagem das mãos.
6. Reduzir o risco de lesões decorrentes de quedas – avaliar e periodicamente reavaliar o risco de queda de cada paciente, incluindo o risco potencial associado com a medicação utilizada pelo paciente, e aja para diminuir ou eliminar qualquer risco identificado.

---

<sup>11</sup> Criada em 1994 pela The Joint Commission, a JCI tem presença em mais de 90 países hoje. A JCI trabalha com organizações de cuidados de saúde, governos e defensores internacionais na promoção de padrões rigorosos de cuidados e oferta de soluções para atingir o máximo desempenho.

Além destes outros riscos necessitam serem monitorados, como nutricional, do ar, de equipamentos, produtos químicos, drogas, interação medicamentosa, e tudo que evolva a risco a vida, seja ela humana ou não. Uma vez que vivemos em um mundo que vive em mudanças e muitas vezes essas danificam o meio em que habitamos.

Todo o processo de certificação tem seu foco voltado para o gerenciamento de risco. Pois risco sempre irá existir em todo e qualquer lugar onde existem pessoas, sejam elas trabalhando, se divertindo, estudando, sendo cuidadas ou cuidando.

Segundo Feldman (2008, p. 19) o gerenciamento de risco hospitalar é um processo complexo que associa várias áreas do conhecimento como a de enfermagem, medicina, farmácia, jurídica, social, engenharia clínica e ambiental.

“É de consenso que a aplicação de uma metodologia para a prevenção de risco, tão somente, não garante a qualidade da assistência, pois para isso se faz necessário uma mudança de cultura organizacional voltada para o cliente e sua segurança.” (Silva, Teixeira & Cassiani, 2008, p.321)

Esse olhar de gestão sobre os prováveis risco existentes em um hospital conduz de forma clara, as múltiplas interfaces vivenciadas nas práticas clínica de diferentes profissionais, que envolvem o profissional da saúde e o paciente. Sendo que seu principal objetivo é prevenir eventos adversos advindos do uso de produtos de saúde e procedimentos, garantindo a segurança do paciente, do profissional e do meio ambiente. Para garantir à segurança a forma com que armazena as informações também é relevante assim, a prontuário do paciente é rico em dados e evidências clínicas, desta forma requer tratamento informatizado.

Dentre as principais características e benefícios trazidos pela prescrição médica eletrônica está à eliminação da dificuldade da leitura e compreensão das informações contidas nelas, o que também elimina a possibilidade de erros decorrentes do entendimento da letra do médico (ilegível). Outro fator importante é a correção dos erros de digitação no momento da elaboração da prescrição, evitando muitas vezes rasuras nas prescrições que utilizam sistema informatizado e suporte em papel (Vigolo, 2009).

Cuidar bem das informações é outro fator que pode ser associado ao gerenciamento de risco, pois as informações quando bem gerida facilita na identificação dos riscos, assim o prontuário do paciente quando informatizado, torna mais fidedignos os dados, bem como a preservação destes dos fatores ambientais.

O impacto do processo de acreditação nas instituições é divulgado de forma a despertar a outras a vontade em ter essas melhorias em seus ambientes. Pois como já foi dito o mercado da área da saúde tem se tornado cada vez mais competitivo, fazendo com as instituições busquem maneiras de torar atrativas. E os programas de qualidades é uma forma de se mostrar mais atrativa, pois prima pela segurança na assistência.

## **CAPÍTULO 3.1**

### **Acreditação no Brasil**

Com a Constituição Federal de 1988 definindo a saúde como direito social universal, fazendo com que desta forma os hospitais deixassem de serem os centros do modelo assistencial, transferindo aos municípios a gestão dos serviços de saúde passou-se a observar a importância do desenvolvimento de instrumentos gerenciais relacionados com a avaliação dos serviços oferecidos à população.

Ao chegar à década de 90 surgem no Brasil iniciativas regionais relacionadas diretamente com a acreditação hospitalar, mais especificamente nos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná e Rio Grande do Sul.

“Em 1994, o Seminário sobre Acreditação de Hospitais e melhoria da qualidade em saúde, ocorrido na Academia Nacional de Medicina, definiu três linhas básicas de ação: desenvolver esforços para a criação de uma organização não governamental de certificação da qualidade em serviços de saúde; elaborar um instrumento de certificação de hospitais, adaptado à realidade brasileira; estabelecer um programa de disseminação dos conceitos de gestão da qualidade em assistência à saúde.” (André 2010 p.247)

O assunto acreditação começa a ser discutido com maior intensidade no âmbito do Ministério da Saúde, em junho de 1995, com a criação do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde.

Surge à necessidade da criação de uma ferramenta nacional para a Avaliação e Certificação de Serviços de Saúde, e o Ministério da Saúde iniciou um projeto chamado “Acreditação Hospitalar”, utilizando como referencial o Manual de Acreditação da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS<sup>12</sup>) e demais manuais constituídos da época.

Após a Segunda Guerra Mundial, iniciaram-se meios, estudos, métodos, ações de verificação e avaliação da assistência prestada na busca da qualidade que cominou com

---

<sup>12</sup> A **Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)** é uma organização internacional especializada em saúde. Criada em 1902, é a mais antiga agência internacional de saúde do mundo.

a criação do Programa de Padronização Hospitalar até a criação da Organização Nacional de Acreditação (ONA) no Brasil em maio de 1999.

Desde desta data a ONA tem sido no Brasil, a instituição referência em certificações de serviços de saúde, tendo a ela empresas credenciadas para realizar avaliações.

Segundo Balestrin (2013, p. 05), são 6.293 hospitais entre públicos e privados, que atendem pouco mais de 190 milhões de pessoas.

Segundo a ONA (2013), atualmente existem no país 372 serviços de saúde acreditados, destes 205 são hospitais. Sendo assim uma pequena parcela das unidades hospitalares no Brasil possui certificação de qualidade.

#### QUADRO 02 – ANAHP – ACREDITAÇÕES EM 2012

ÓRGÃO ACREDITADOR	ANAHP	BRASIL	% ANAHP
Organização Nacional de Acreditação - ONA	38	187	20,3
Acreditação Canadense - AC	14	25	56,0
Joint Commission International – JCI	12	28	42,9
National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations - HIAHO	2	3	66,7

Fonte: ANAHP ed. 5/2013.

Segundo a ANAHP (2013), os hospitais credenciados ANAHP representam 27.1% das creditações no país.

“ONA é uma organização privada, sem finalidade econômica e de interesse coletivo, que tem como principais objetivos a implantação e a implementação em nível nacional de um processo permanente de melhoria da qualidade da assistência à saúde, estimulando todos os serviços de saúde a atingirem padrões mais elevados de qualidade, dentro do processo de acreditação.” (Manual Brasileiro de Acreditação 2010 p. 12)

Rodrigues (2004 p. 14) salienta que o Programa Brasileiro de Acreditação surge como estratégia do Ministério da Saúde para avaliar a qualidade das estruturas físicas e tecnológicas dos serviços de saúde, bem como a qualidade da gestão e da assistência prestada.

“Acreditar significa ‘endossar ou aprovar oficialmente’. Para tanto, utilizam-se critérios de avaliação da estrutura, processos e resultados das instituições de saúde, podendo-se inclusive classificá-las, de acordo com seu desempenho diante da avaliação”. (Nogueira, 1999 p.53)

Acreditação Hospitalar é um modo de avaliação dos recursos institucionais, que acontece de maneira voluntária, periódica e reservada. E uma vez certificada a instituição necessita manter a cultura nas ações do dia-a-dia, por periodicamente é

avaliada, para verificar se os padrões continuam preservado, com progressos rumo a melhorias.

“A acreditação é um método de avaliação institucionais, voluntário, periódico e reservado, que busca garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos. Constitui, essencialmente, um programa de educação continuada e, jamais, uma forma de fiscalização.” (Pereira & Roessler 2009 p. 2)

Gastal & Roessler (2005) salienta que o processo de acreditação é um método de consenso, racionalização e ordenação das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde e, principalmente, de educação permanente dos seus profissionais.

Segundo IQG – Health Services Accreditation (2011 p.08), acreditação constitui o mais antigo e divulgado processo de avaliação externa de serviços de saúde – que culmina na atribuição de certificado de mérito.

“A Acreditação é um método de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que busca garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos. Constitui, essencialmente, um programa de educação continuada e, jamais, uma forma de fiscalização.” (ONA 2010, p. 13)

Couto & Pedrosa (2007, p. 346) salienta que tendência no setor brasileiro da saúde tem sido procurar crescentemente adotar sistemas de gestão da qualidade devido à existência de uma concorrência cada vez mais acirrada, e somente organizações com sistemas fortemente implantados conseguirão sobreviver e crescer a longo prazo.

Azevedo, Oliveira, Rocha & Pistóia (2002, p.2) lembra que o propósito da acreditação é garantir qualidade dos serviços prestados através de padrões pré-determinados, e é vinculada a racionalização destes serviços de maneira a garantir a qualidade médico-hospitalar.

Percebe-se que prevalece a intenção de garantir o cumprimento de normas de qualidade, favorecendo os utilizadores dos serviços, justificando o esforço e a dedicação necessária a implantação de processos que evidenciam ações de assistência segura.

“A Acreditação representa uma distinção que a organização de saúde recebe pela qualificação evidenciada, ao mesmo tempo que sinaliza para os clientes internos e externos, bem como para a comunidade em geral, que alcançou um padrão de gestão do negócio e da assistência, externamente reconhecido.” (ONA 2010, p.13).

As principais vantagens da acreditação são: segurança para os pacientes e profissionais; qualidade da assistência; construção de equipe e melhoria contínua; útil instrumento de

gerenciamento; critérios e objetivos concretos adaptados à realidade brasileira; o caminho para melhoria contínua.

Um ponto de grande relevância quando se busca a acreditação são os programas que devem ser instituídos, para fazer frente à monitorização dos serviços.

A gestão de risco assumiu uma gestão estratégica nas instituições de saúde, com seu foco voltado para a segurança dos pacientes. A gestão de risco é aplicada sistêmica e contínua de políticas assistenciais, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional perante os seus clientes (Feldman, 2004).

Conforme o autor relata trabalhar a gestão de risco é necessário maturidade dos profissionais, conhecimento, refletindo em ações de segurança assistencial, que contribui com o processo de acreditação.

Os principais interessados pelo processo de acreditação são: líderes e administradores; profissionais de saúde; organizações de saúde; sistemas compradores; governo e claro o próprio cidadão.

Segundo a ANAHP (2013, p. 80) participar do processo de acreditação coloca o grupo de prestadores hospitalares em um patamar de investimento em segurança e qualidade diferenciado.

Com a metodologia ONA, acreditar uma instituição de saúde requer um esforço a mais, pois o envolvimento de todos os profissionais passa a fazer parte das ações do dia-a-dia, e além do envolvimento é primordial que a instituição continue a gerar resultados para suportar o processo, que requer investimento em infraestrutura (pessoas, processos, área física e tecnologia).

Acreditação é um processo formal por meio do qual um órgão reconhecido, normalmente uma organização não-governamental, avalia uma organização de serviços de saúde e verifica se ela cumpre critérios aplicáveis, predeterminados e publicados. (La Forgia & Couttolenc, 2009, p. 330).

Segundo Feldman (2008, p. 265), por via da Acreditação, a instituição de saúde tem a possibilidade de realizar um diagnóstico objetivo acerca do desempenho de seus processos, incluindo as atividades de cuidados direto ao paciente, atividades de apoio e aquelas de natureza administrativa.

A acreditação hospitalar é um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente aceitos. (Azevedo et al., 2002, p.4)

Assim, a metodologia do processo de acreditação hospitalar utiliza padrões interdependentes, sendo que o cumprimento seja efetivo para que a instituição seja considerada como satisfatória. Mesmo se alguns serviços obtiver excelente grau de qualidade e alguns estiverem a níveis inferiores, serão estes últimos que determinaram o grau de satisfação para a acreditação.

“Acreditação, que é um processo, geralmente voluntário, no qual uma entidade, separada e distinta da organização de saúde e normalmente não-governamental, avalia a organização de saúde para determinar se a ela apresenta uma série de exigências projetadas para melhorar a qualidade da assistência.” (André, 2010, p. 253)

Com a Acreditação as instituições de saúde se propõem rever todos os processos, é a revisão de tudo que se fez até então, questionando se aquele método é o melhor e o mais eficaz, sempre pautado em uma metodologia. Tendo como balizador as referências de qualidade, normas e portarias das boas práticas da Organizacional Mundial de Saúde, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Pois não adianta dizer que cumpri o que as legislações dizem é necessário evidenciar de forma clara e concisa.

No processo de melhoria contínua, a eliminação do desperdício é peça de fundamental importância. Se quiser sobreviver no mercado moderno, a empresa é obrigada a trabalhar continuamente para eliminar o desperdício, todo insumo consumido de forma não-eficiente e não-eficaz, desde materiais e produtos defeituosos até atividades desnecessárias. (Bornia, 2002 p. 27).

A atividade hospitalar além de ser intangível, de difícil precisão e complexo controle requer atenção contínua a determinados pontos da estrutura sistêmica.

Segundo Couto & Pedrosa (2007, p. 95), os hospitais constituem-se em sistemas produtivos únicos. Em qualquer outro setor, basta o compromisso da administração para mobilizar todo o sistema na direção desejada.

Uma das principais diferenças entre a empresa atual e a antiga é a constante preocupação em melhorar suas atividades.

É inegável que a certificação é uma ferramenta fundamental para as instituições que desejam conseguir destaque no âmbito nacional na área hospitalar e não raro no cenário internacional, pois à medida que a instituição procura adequar-se a alguma norma e, por consequência dessa adequação, obtiver a certificação, criará um grande

diferencial competitivo frente aos concorrentes. (Feldman 2008, p. 290)

É sabido que todo processo de certificação em busca da melhoria da qualidade se faz necessário investimentos, que geram custos adicionais para se adequar as normativas, não é luxo é necessário, não se pode pensar em qualidade sem pensar em custos.

Assim, a implantação dos processos da qualidade e da acreditação apresentam custos aparentes e custos ocultos. Os custos aparentes são relacionados à consultoria para implantação e os custos para a acreditação. A maior parcela de custos ainda está nos custos ditos ocultos relacionada com as horas do pessoal interno dedicado à elaboração de procedimentos, sua implantação e os treinamentos necessários. Os custos ocultos não estão baixando, mas até aumentando em função da maior conscientização das entidades da área da saúde sobre a importância desse processo. (Ferreira, 2012, p.56)

Netto (2007, p. 03) salienta que os custos da qualidade são aqueles custos que não existiriam se o produto fosse fabricado perfeito na primeira vez, estando associados com as falhas na produção que levam a retrabalho, desperdício e perda de produtividade.

Percebe-se que existem custos relacionados com a implantação do processo de qualidade, no qual as instituições necessitam se adequar para atender as exigências dos programas e legislação, bem como existe o custo relacionado com a não qualidade, ao retrabalho, as falhas.

Melhorias de qualidade podem, contudo, resultar em ineficiências, pelo uso excessivo de recursos, o que resulta em custos adicionais, esse fenômeno também é conhecido como “desperdício de qualidade”. (IOM, 2001)

Quando se examina o desempenho da qualidade de um determinado seguimento por intermédio de relatório de custos, pode-se determinar quanto a organização deve investir nas diferentes categorias da conformidade e da confiabilidade, tendo em vista o retorno que se espera com a eliminação do custo da não conformidade, falhas, erros, desperdícios.

A busca acirrada com a qualidade e seu aprimoramento, não apenas com inovações tecnológicas, mas também com a eliminação de desperdícios existentes nos processos, torna as instituições mais competitivas.

O desperdício nada mais é do que o esforço econômico que não agrega valor ao produto ou serviço e não suporta diretamente o trabalho efetivo.

“Estabelecer itens de controle significa traduzir para uma forma mensurável as necessidades e desejos expressos pelo



controle de um determinado processo. Os itens de controle devem ser estabelecidos sobre características que realmente afetem de maneira significativa o resultado final.” (Nogueira, 1999 p. 67)

Para se analisar os resultados de qualquer atividade é necessário o controle dos processos, pois sem controle não é possível avaliar os resultados. Outro fator importante é a apresentação dos resultados, ou seja, o modelo claro e de fácil entendimento. Isso contribui significativamente com a gestão na tomada de decisões.

“A avaliação de resultados, tanto em nível de atividades quanto por especialidades, constitui um instrumento vital à gestão da instituição de saúde, permitindo aos dirigentes maior segurança diante das dificuldades e desafios impostos a esse segmento empresarial.” (Matos, 2002, p. 22)

Para avaliar os resultados e fazer comparações, bem como manter um histórico do item a ser analisado é necessário eleger indicadores, estes serão o método determinante para fazer com que possa observar as evoluções e ter a certeza que as decisões tomadas, bem como as intervenções realizadas no processo foram bem sucedidas.

Essa premissa é uma dimensão relevante na gestão de uma instituição de saúde, pois o uso efetivo de dados quantitativos e qualitativos disponíveis, como os relativos ao desempenho dos processos, satisfação de clientes, aplicação dos recursos, podemos chamar de indicadores de qualidade e produtividade.

Os indicadores podem ser aplicados para avaliar a estrutura, os processos e os resultados dos serviços de saúde. Os indicadores funcionam como uma bússola e servem para acompanhar e orientar uma determinada trajetória, um caminho.

Segundo Jesus (2009, p. 68) um indicador transmite informações que são imprescindíveis para a Administração de qualquer instituição medir a sua produção e estabelecer metas a alcançar.

Couto & Pedrosa (2007, p. 92), salienta que o indicador é uma medida quantitativa de resultado desejável ou indesejável do processo (estrutura, método, resultado) que deve ser medido para que se tenha certeza de que os objetivos desejados foram alcançados.

Neto & Malik (2011, p. 138) diz que nas organizações, há a necessidades de indicadores, tanto para avaliação externa quanto para o processo de gestão.

Gastal & Roessler (2005, p. 216) destaca que os indicadores, por sua vez, precisam estar acoplados a um “norte”, uma meta que se deseja atingir. Sem esta meta, perdem o sentido. Assim, indicadores só são úteis quando sabemos para onde queremos ir.

“Os indicadores e informações devem representar o conjunto de requisitos utilizados pela organização para determinar a adequação e a eficácia das práticas utilizadas na gestão da

organização e a, partir dessa avaliação, verificar a necessidade de melhorias.” (Burmester, 2009, p.6)

Segundo Santos e Rennó (2013, p. 28), os indicadores alertam quando ocorre desvio de uma situação considerada normal ou esperada sinalizando para que o processo em questão possa ser revisado, impedindo a instalação do problema.

“Conceitua-se indicador como uma unidade de medida de uma atividade, com a qual se está relacionado, ou ainda, uma medida quantitativa que pode ser empregada como um guia para monitorar e avaliar a assistência e as atividades de um serviço.” (JCHO 1989 apud Malleiro, et. al., 2012, p. 11)

Desta forma, os indicadores podem ser utilizados para avaliar as entradas, os processos e as saídas, ou resultados da organização e, normalmente, são construídos à partir de medidas, sendo um numerador e um denominador.

São com esses dados que se pode ter uma trajetória histórica de um evento, e com isso avaliarem os sucessos das intervenções sofridas num determinado período.

Normalmente as intervenções nas atividades e processos são realizadas através de plano de ação. Que constituem uma metodologia de trabalho para adequar determinada atividades realizando intervenções.

Segundo Oliveira (1996, p.36), todo plano de ação deve estar estruturado de forma a permitir a rápida identificação dos elementos necessários à implantação do projeto. Esses elementos básicos podem ser descritos pelo que se convencionou chamar 5W2H<sup>13</sup>.

Couto & Pedrosa (2007, p. 254) o plano de ação é o produto de um planejamento com o objetivo de orientar as diversas ações a serem implementadas, com total esclarecimento de fatores vinculados a cada uma delas.

Com isso os gestores das unidades podem chamar a responsabilidade os profissionais para atuar de forma mais incisiva nas atividades para obter os resultados esperados.

Outro recurso muito utilizado pelos profissionais que trabalham com qualidade é o PDCA<sup>14</sup>, está ferramenta auxilia de forma a acompanhar o que foi planejado, a sua

---

<sup>13</sup> O **5W2H**, basicamente, é um checklist de determinadas atividades que precisam ser desenvolvidas com o máximo de clareza possível por parte dos colaboradores da empresa. What – O que será feito (etapas), Why – Por que será feito (justificativa), Where – Onde será feito (local), When – Quando será feito (tempo), Who – Por quem será feito (responsabilidade), How – Como será feito (método), How much – Quanto custará fazer (custo).

<sup>14</sup> **PDCA (Planejar (Plan) – Executar (Do) – Verificar (Check) – Ajustar (Act) )** é um método iterativo de gestão de quatro passos, utilizado para o controle e melhoria contínua de processos e produtos.

implementação, avaliação do resultado e as intervenções quando necessário para se atingir os objetivos e/ou obter novos resultados, perseguindo assim a melhoria contínua. O PDCA (Plan, Do, Check, Act) é o trajeto a ser seguido para todas as ações dentro do sistema. A repetição contínua do PDCA é o caminho a ser trilhado por um programa de garantia e melhoria de qualidade da assistência. (Couto & Pedrosa 2007)

Com essa ferramenta de fazer a avaliação periódica, tendem a afinar as ações e rever situações para se atingir os objetivos dos programas de qualidade, porém, é necessário o entendimento dos gestores para que realmente esse método dê resultados.

## **CAPÍTULO 3.2**

### **Processo de Acreditação em um Hospital Privado em Macapá/AP**

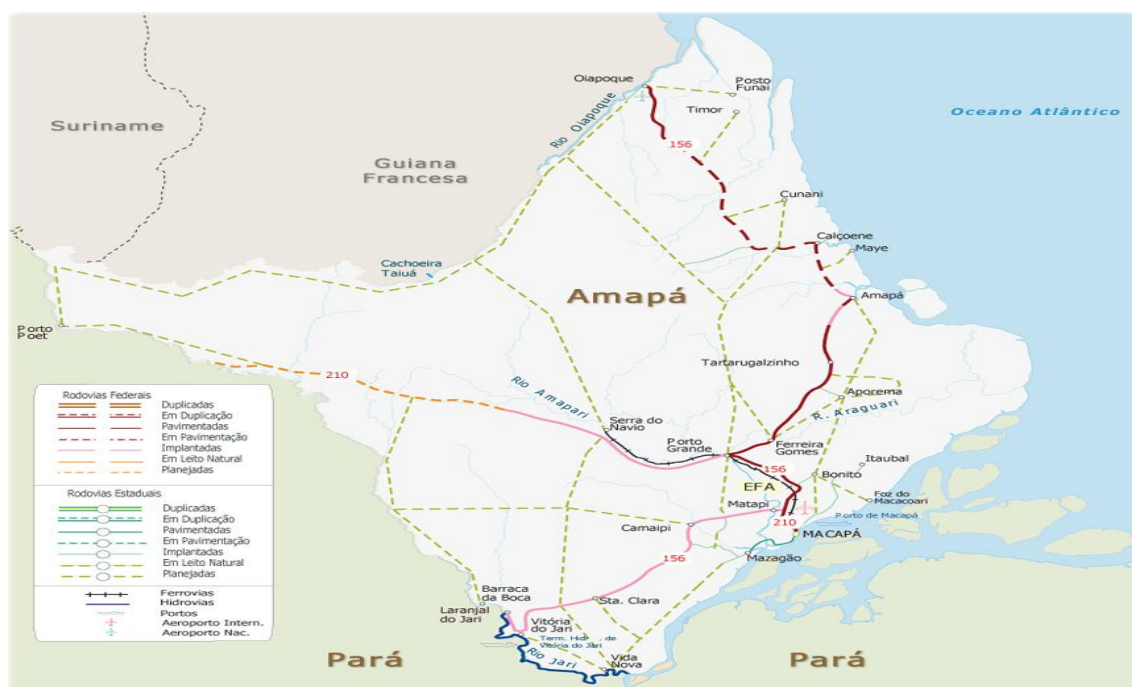
O processo de acreditação em um hospital privado da cidade de Macapá/AP, com 188 leitos, considerado de grande porte, com serviços de média e alta complexidade, de diagnósticos, ambulatoriais e internações. Cujo quadro de funcionários é de 769 e corpo clínico de 142 médicos efetivos.

O hospital está localizado ao extremo norte do país, em que o acesso é feito por via aérea ou fluvial. Via aérea fica 40 minutos da cidade de Belém, capital do Estado do Pará. Por via fluvial são 24 horas de barco pelo Rio Amazonas, para que parte de Belém.

São inúmeras as situações vividas nesta região, além da localização geográfica de difícil acesso, que cria vários transtornos logísticos para chegar mercadorias, a questão profissional para manutenção de equipamentos também é escasso, sendo um dos fatores primordial para obter a validação dos processos e certificação, exigidos pelas legislações.

A mão de obra capacitada, os setores de Recursos Humanos precisam garimpar para encontrar o perfil mais aproximado com as competências estabelecidas no Plano de Cargo Carreira e Salários.

Figura 01 – Mapa do Estado do Amapá



Fonte: <http://www.google.com.br/search?>

Macapá é uma cidade com 398 mil habitantes, em que a renda é proveniente do comércio, extração vegetal, matéria e pesca.

O hospital privado em que serviu de campo de estudo é considerado o maior hospital privado do Estado, pelo sua estrutura e complexidade de atendimento. É credenciado ao Ministério da Saúde para realização de procedimentos cardiovasculares (cateterismo, angioplastia e cirurgia cardíaca).

O processo de acreditação iniciou em novembro de 2007, com a criação do comitê da qualidade, sua composição: dois representantes da administração, dois enfermeiros, uma psicóloga e um médico. Dava início a intenção de tornar o hospital uma referência em assistência e segurança.

Durante o ano de 2008 e 2009 muito empiricamente iniciou as atividades com vista a qualidade; foram realizadas palestras de sensibilização para as lideranças e parte do operacional. Realizou-se um diagnóstico da situação em que o hospital se encontrava por uma empresa particular, para dar os direcionamentos necessários, além de discutir sobre os processos internos.

Em 2010 deu-se continuidade ao processo com foco na parte documental, alinhado as orientações da consultoria que esporadicamente vinha até o hospital para averiguar como estava o andamento das atividades, foram eleitos 210 indicadores para monitorar a evolução dos serviços.

Fez-se o mapeamento de todos os processos existentes no hospital, identificando os clientes, os fornecedores, o processo, o fluxo das atividades, o negócio e seus indicadores.

Em 2011 e 2012 foram os dois anos em que mais se fez no que tange ao processo de acreditação do hospital, pois neste período investiu-se em treinamento interno e externo, foram adequados vários processos, revisão do planejamento estratégico, missão, visão, negócio da instituição e divulgação a todos os profissionais.

Criação do Mapa Estratégico (anexo III, p. 94), com as suas perspectivas e os seus objetivos, além do desdobramento deste plano em ações tático operacional, com macros indicadores e seus responsáveis, bem como os indicadores táticos operacionais e seus responsáveis.

Neste momento verificou-se que nem todos os indicadores elencados eram realmente indicadores, pois dedicava muito esforço para apurar e no momento de decisão eles não tinham relevância. Foram alinhamento os indicadores, conforme matriz de priorização (anexo I, p. 91) e mapa de processos (anexo II, p. 93).

Atualmente o hospital possui 80 indicadores e 138 índices de monitoramento.

Através desta metodologia podem-se eleger os serviços estratégicos do hospital, os gerenciais e os de apoio. E dentre os estratégico os de resultados.

Trabalhou a implantação da estrutura de sistemas (anexo IV, p. 95) em que um serviço para dar continuidade de suas atividades depende do outro setor.

Várias ferramentas foram implantadas tais como FMEA<sup>15</sup> (Failure Model and Effect Analysis) – Análise dos Modos de Falhas e seus Efeitos, MASP<sup>16</sup> (Método para Análise e Solução de Problemas), Diagrama de Ishikawa<sup>17</sup>, Fluxograma, Planos de ação (5W2H), PDCA (Plan, Do, Check, Act), Gestão de Risco consolidando o conceito sobre

---

<sup>15</sup> **A Análise do modo e efeito de falha** ou simplesmente (**FMEA**). É um estudo sistemático e estruturado de falhas potenciais que podem ocorrer em qualquer parte de um sistema para determinar o efeito provável de cada uma sobre todas as outras peças do sistema e no provável sucesso operacional, tendo como objetivo melhoramentos no projeto, produto e desenvolvimento do processo.

<sup>16</sup> O **MASP** é a abreviatura usada para o **método de análise e solução de problemas**, é a denominação que o QC-Story, método de solução de problemas de origem japonesa, acabou sendo atribuída no Brasil. é um roteiro complexo utilizado para resoluções de problemas em empresas, trata-se de uma metodologia para manter e controlar a qualidade de produtos, processos ou serviços.

<sup>17</sup> O **Diagrama de Ishikawa**, também conhecido como **Diagrama de Causa e Efeito**, **Diagrama Espinha-de-peixe** ou **Diagrama 6M** (ver abaixo), é uma ferramenta gráfica utilizada pela Administração para o gerenciamento e o Controle de Qualidade (CQ) em processos diversos de manipulação das fórmulas. Originalmente proposto pelo engenheiro químico Kaoru Ishikawa em 1943.

evento sentinela, evento adverso, condição perigosa e erro, protocolos clínicos e assistenciais.

Todas essas ferramentas, além dos protocolos implantados e as auditorias clínicas e de processos fez com se ajustasse as atividades para fazer frente a gestão da qualidade, e obter a certificação.

Foram muitas horas de trabalho e estudo para entender e colocar em prática a metodologia da qualidade para obtenção da acreditação. Investimentos em melhoria de processos, em equipamentos, em capacitação, em estrutura física tudo para fazer vistas a legislação.

Pois o processo de acreditação em um serviço de saúde passa pelo crivo da legislação. Se a instituição cumpre o que a legislação pede, as demais atividades são alinhamentos de processos.

A grande dificuldade encontrada pelo hospital foi às pessoas. Primeiro o entendimento da metodologia, segundo o envolvimento das pessoas no processo e por último o comprometimento das pessoas para que essa metodologia acontecesse todos os dias em suas ações.

Partindo dessa premissa que são as pessoas que fazem a diferença, o grande diferencial competitivo poderá ser o investimento em recursos humanos, visto que somente com colaboradores satisfeitos, treinados, motivados e preparados, os gestores poderão alcançar seus objetivos, prestando ao cliente um melhor atendimento, integrando todas as ferramentas tecnológicas às pessoas envolvidas nos processos (Azevedo et al, 2002, p 5).

Com isso a mudança ocorre quando existe esse alinhamento com os objetivos institucionais, norteados pelo mapa estratégico e estratificados em seus objetivos, com metas e ações possíveis de serem alcançadas.

É uma mudança de cultura que não acontece da noite para dia, é necessário um tempo para absorver o conhecimento e transformá-lo em ações alinhadas ao método da qualidade.

Fox e Kotler *apud* Blune, Leonhardt, Nüske, Veiga & Schmidt (2004, p. 303), “planejamento estratégico é o processo de desenvolver e manter um ajuste estratégico entre as metas e capacidades da instituição e suas oportunidades mutantes de marketing”.

É no planejamento estratégico que estabelece as orientações, os padrões ou planos que fazem parte dos grandes objetivos, as políticas e diretrizes, bem como as ações de uma

organização. Para que assim pudesse ser evidenciado pelo simples andar pelo hospital. Que esse planejamento e essas ações foram pensados e implantados.

## **CAPÍTULO IV**

### **Discussão e Resultados**

O processo de preparação para certificação do hospital foi marcado por várias ações, o quadro 03 na página 49 mostra a eleição e evolução dos indicadores, que ao analisar criticamente foi-se elaborando plano de ações para que as metas fossem atingidas.

“Os indicadores e informações devem representar o conjunto de requisitos utilizados pela organização para determinar a adequação e a eficácia das práticas utilizadas na gestão da organização e a, partir dessa avaliação, verificar a necessidade de melhorias.” (Burmester, 2009, p.6)

“Conceitua-se indicador como uma unidade de medida de uma atividade, com a qual se está relacionado, ou ainda, uma medida quantitativa que pode ser empregada como um guia para monitorar e avaliar a assistência e as atividades de um serviço.” (Malleiro, et. al., 2012, p. 11)

Couto & Pedrosa (2007, p. 92), salienta que o indicador é uma medida quantitativa de resultado desejável ou indesejável do processo (estrutura, método, resultado) que deve ser medido para que se tenha certeza de que os objetivos desejados foram alcançados.

Segundo Oliveira (1996, p.36), todo plano de ação deve estar estruturado de forma a permitir a rápida identificação dos elementos necessários à implantação do projeto. Esses elementos básicos podem ser descritos pelo que se convencionou chamar 5W2H. Couto & Pedrosa (2007, p. 254) o plano de ação é o produto de um planejamento com o objetivo de orientar as diversas ações a serem implementadas, com total esclarecimento de fatores vinculados a cada uma delas.

A análise crítica fez com que se chegasse a esse cenário que tem contribuído com a instituição em suas tomadas de decisões, tais como: o índice de cumprimento dos programas (agenda das ações sociais, programa de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, assistências às comunidades ribeirinhas na Foz do Amazonas, redução no consumo de energia elétrica entre outros), que em 2010 era de 78,50% e em 2012 foi de 93%, o índice de gestão de suprimentos que avalia as compras emergenciais, saindo de 7,16% em 2010 para 3,19% em 2012, mostrando que a gestão de suprimentos no que tange materiais e medicamentos de uso ao paciente foi mais bem gerenciada, o índice de acurácia, que media as avarias, perdas por validade e extravio, melhorou saindo de

94,67% em 2010 para 96,21% em 2012. A quantidade treinamento é outro fator relevante, pois mostra o quanto a instituição investiu, sendo que em 2008 foram realizado 22 treinamentos e em 2012 foram 507 treinamentos uma evolução surpreendente para fazer frente à implantação da metodologia ONA, os atestados médicos reduziram saindo de 2,5% em 2009 para 1,89% em 2012. Outro ponto de destaque foi tour over, que tinha como índice de 2,8% em 2008 e em 2012 foi de 2,16%, com isso a pesquisa de clima organizacional mostrou que o índice de satisfação dos profissionais com a instituição melhorou, pois em 2008 era 70,80% e em 2012 foi de 76,61%, mostrando que as políticas de gestão de pessoas têm atingido os objetivos.

“Desenvolver pessoas não significa apenas proporcionar-lhes conhecimentos e habilidades para o adequado desempenho de suas tarefas. Significa dar-lhes a formação básica para que modifiquem antigos hábitos, desenvolvam novas atitudes e capacitem-se para aprimorar seus conhecimentos, com vista em tornarem-se melhores naquilo que fazem.” (Gil, 2007, p. 121)

Segundo Welch (2005 p. 101) Como as recompensas e o reconhecimento, o treinamento surte esse efeito. Motiva as pessoas, demonstrando-lhes uma maneira de crescer, deixando clara que a organização se importa com elas, e que elas têm futuro.

Os autores deixa claro que investimento em pessoas geram resultados positivos e os indicadores do hospital comprovam isso.

Na perspectiva processo tecnologia e estrutura, mostra que a área assistencial, evolui muito, pois o índice de riscos assistenciais identificados para identificar os quatros riscos eleitos pelo hospital, tais como: risco de queda, bronca aspiração, flebite e úlcera por pressão que em 2010 era de 6,23% identificado, em 2012 foi de 132%, ou seja, todos os pacientes foram avaliados se tinha esses riscos e começou a identificar outros riscos, sendo eles: farmacovigilância, hemovigilância, alergia, rapto de bebês, identificação com pulseira correta, justificando a elevação de o índice ser superior a 100%.

A gestão de risco assumiu uma gestão estratégica nas instituições de saúde, com seu foco voltado para a segurança dos pacientes. A gestão de risco é aplicada sistêmica e contínua de políticas assistenciais, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional perante os seus clientes (Feldman, 2004).



Conforme o autor relata trabalhar a gestão de risco é necessário maturidade dos profissionais, conhecimento, refletindo em ações de segurança assistencial, o que confirma os índices apurados pelo hospital neste quesito. O índice de evolução médica no sistema informatizado foi relevante, saindo de 88,30% em 2010, para 99% em 2012, isso mostra que a consciência médica de preservar as informações do prontuário do paciente aumentou.

Dentre as principais características e benefícios trazidos pela prescrição médica eletrônica está à eliminação da dificuldade da leitura e compreensão das informações contidas nelas, o que também elimina a possibilidade de erros decorrentes do entendimento da letra do médico (ilegível). Outro fator importante é a correção dos erros de digitação no momento da elaboração da prescrição, evitando muitas vezes rasuras nas prescrições que utilizam sistema informatizado e suporte em papel (Vigolo, 2009).

O autor reforça a necessidade de registrar de forma informatizada o que os profissionais de saúde realizam, prescrevem aos pacientes.

O índice de ordens de serviços executadas pelo setor de engenharia clínica e manutenção demonstra a evolução em dar respostas as necessidades de manutenção em equipamentos, predial e serviços gerais, que comprometem a prestação dos serviços, pois em 2010 foi de 88,30% das ordens de serviços executadas dentro do anos e em 2012 essa porcentagem evolui para 98,18%, mostrando que os serviços de apoio estão mais bem preparados e alinhados para servir seus clientes. Outro ponto de destaque é a ocupação do hospital que mesmo tendo de cumprir os protocolos institucionais melhorou, em 2008 era 65,56% e em 2012 foi de 68,89%.

Outro fator de destaque é o índice de notificação de eventos concluídos, em 2010 o fechamento de uma notificação de evento foi de 45,30%, já em 2012 foi de 79,89%, demonstra que a equipe do escritório da qualidade, enfermagem, médicos estão mais efetivos.

Na perspectiva cliente, sociedade e legislação, o índice que merece destaque foi a resolutividade das reclamações de clientes, que evolui de 60,89% em 2009, para 75,95% em 2012. Isso mostra que os serviços de atendimento ao cliente estão mais alinhados as suas necessidades e aos objetivos do mapa estratégico que prima por intensificar a qualidade no atendimento ao cliente.

Percebe-se em vários indicadores que o processo de qualidade contribuiu para atingir melhores resultados. Tornando a instituição mais adequada as necessidades dos clientes.

### QUADRO 03- DEMONSTRATIVO DE INDICADORES

INDICADORES		2008	2009	2010	2011	2012
<b>SUSTENTABILIDADE SOCIAL E AMBIENTAL</b>						
índice de cumprimento dos programas	↕	-	-	78,50%	82%	93%
índice de repasse de recurso	↕	-	89%	90%	100%	100%

<b>FINANCEIRA</b>						
índice de gestão de suprimento	↓	-	-	7,16%	5,88%	3,19%
índice de acurácia <sup>18</sup>	↑	-	-	94,67%	95,44%	96,21%
índice de evolução da receita	↑	17,55%	9,69%	14,56%	17,87%	10,79%
índice de evolução da despesa	↓	20,65%	11,50%	13,51%	22,50%	11,77%

<b>PESSOAS APRENDIZADO E DESENVOLVIMENTO</b>						
Quantidade de treinamento ano	↑	22	32	158	296	507
índice de investimento em capacitação	↑	0,21%	0,17%	0,35%	0,34%	0,27%
índice de atestado médico	↓	-	2,50%	1,54%	1,28%	1,89%
índice de satisfação do profissional na instituição	↑	70,80%	70,60%	-	-	76,30%
índice de satisfação do cliente	↑	-	-	83,27%	79,93%	76,61%
índice de rotatividade - tour over	↓	2,83%	2,75%	2,63%	2,49%	2,16%

<b>PROCESSOS TECNOLOGIA ESTRUTURA</b>						
índice de segurança das informações	↑	-	2.574	2.675	2.876	2.979
índice de riscos assistenciais identificados	↑	-	-	6,23%	21,54%	132,68%
índice de consecução dos ADS	↑	-	-	20,30%	68,90%	73,61%
índice de conformidade nas auditorias de processos	↑	-	-	66,20%	65,37%	65,97%
índice de evolução médica	↑	-	-	88,30%	97,53%	99%
índice das ordens de serviços executadas	↑	-	-	88,30%	97,53%	98,18%
taxa de infecção	↓	1,78%	1,72%	0,97%	1,01%	1,54%
índice de agenda cancelada	↓	-	-	7,60%	11,33%	7,56%
índice de tempo médio de atendimento PA	↓	-	-	110'	87'	76'
Índice de ocupação do hospital	↑	65,56%	62,71%	62,79%	66,38%	68,10%
índice de notificação de eventos concluídos	↑	-	-	45,30%	77,73 %	79,89 %

<b>CLIENTE SOCIEDADE E LEGISLAÇÃO</b>						
índice de resolutividade das reclamações de clientes	↑	-	60,89%	61,50%	62,05%	75,95%
índice de permanência do cliente internado	↓	3,81	3,91	3,83	4,03	4,18
índice de negociação com planos de saúde	↑	8,73	9,7	8,9	10,3	9,5

Fonte: Hospital Privado de Macapá/AP – Setor da Qualidade, adaptado pelo autor.

**Legenda:** ↑ quanto maior melhor ↓ quanto menor melhor

<sup>18</sup> Acurácia: grau de exatidão ou precisão obtido por índice de avaria, vencimento e extravio.

O gráfico 01 página 52, gráfico 02 página 52, gráfico 03 página 53, gráfico 04 página 53, mostra que o hospital através de mudança de foco tem atingido metas que antes não tinham conseguido. Aumentou o giro de leitos, pois em 2008 era de 4,85% e nos cinco primeiros meses de 2013 está em 5,28%, isso mostra que tende a superar os anos anteriores nesse quesito. Consequentemente o número de pacientes/dia, aumentou, obtendo também um aumento os números de exames, pois em 2008 foi realizado 294.472 e em 2012 foram realizados 480.308, quase que o dobro.

“O Balanced Scorecard é um sistema de gestão que traduz a estratégia de uma empresa em objetivos, medidas, metas e iniciativas de fácil entendimento pelos participantes da organização. É uma ferramenta gerencial que permite capturar, descrever e transformar os ativos intangíveis de uma organização em valor para os stakeholders.” (Herrero, 2005, p. 26)

Percebe-se que as ações voltadas para a qualidade, tornou o hospital mais atrativo e mais resolutivo, atendo as expectativas de sua clientela. E atingindo metas que antes não se conseguia.

Nesta perspectiva saúde requer combinar qualidade e serviços médico-hospitalares um desafio para muitas instituições de saúde. A aplicação de conceitos de qualidade total na atividade hospitalar não só é possível, como também é de extrema importância, tanto nas instituições privadas como nas públicas, pois exige eficácia (a estratégia e as decisões certas), eficiência (o fazer correto) e discernimento (a detecção das peculiaridades do ambiente), para melhorar serviços tão críticos e torna-los integralmente focados nos clientes de saúde e em suas expectativas. (Taraboulsi, 2005, p. 222)

Em um cenário em que o conjunto de ações nada mais é do que as ferramentas planejadas, organizadas e aplicadas da ciência da Qualidade de hoje e denominadas: descrição de processo, fluxograma, protocolo, relatório de falhas de projeto, medições e comparações, controle de documentos, rastreabilidade, controle de processo, conformidade, análise crítica de resultados, continuidade do processo de melhoria, ações corretivas e preventivas. (Mello & Camargo, 1998, p. 36)

“Qualidade é consequência de uma ação gerencial integrada, sistêmica e coerente que crie condições para que a ação assistencial se dê com qualidade em todo o hospital e não apenas em algumas partes – tal é a natureza da interação entre os diversos serviços.” (Perreira, et. al., 2005, p. 333)

São com empenho e alinhamento dos processos que se obtêm os resultados de melhoria e isso é reconhecido pela população que passa a procurar com mais efetividade os serviços. Os números mostram que ocorreu uma evolução no hospital em termos de atendimento, bem os leitos foram melhores utilizados.

O gráfico 05 página 54 apresenta a evolução das receitas e despesas, percebe-se que têm crescido proporcionalmente, porém, com uma acentuada elevação das despesas nos últimos dois anos. Provavelmente se refere nos investimentos que a instituição precisou fazer para implantar o processo de qualidade.

Couto & Pedrosa (2007, p. 346) salienta que tendência no setor brasileiro da saúde tem sido procurar crescentemente adotar sistemas de gestão da qualidade devido à existência de uma concorrência cada vez mais acirrada, e somente organizações com sistemas fortemente implantados conseguirão sobreviver e crescer a longo prazo.

Assim, a implantação dos processos da qualidade e da acreditação apresentam custos aparentes e custos ocultos. Os custos aparentes são relacionados à consultoria para implantação e os custos para a acreditação. A maior parcela de custos ainda está nos custos ditos ocultos relacionados com as horas do pessoal interno dedicado à elaboração de procedimentos, sua implantação e os treinamentos necessários. Os custos ocultos não estão baixando, mas até aumentando em função da maior conscientização das entidades da área da saúde sobre a importância desse processo. (Ferreira, 2013 p. 56)

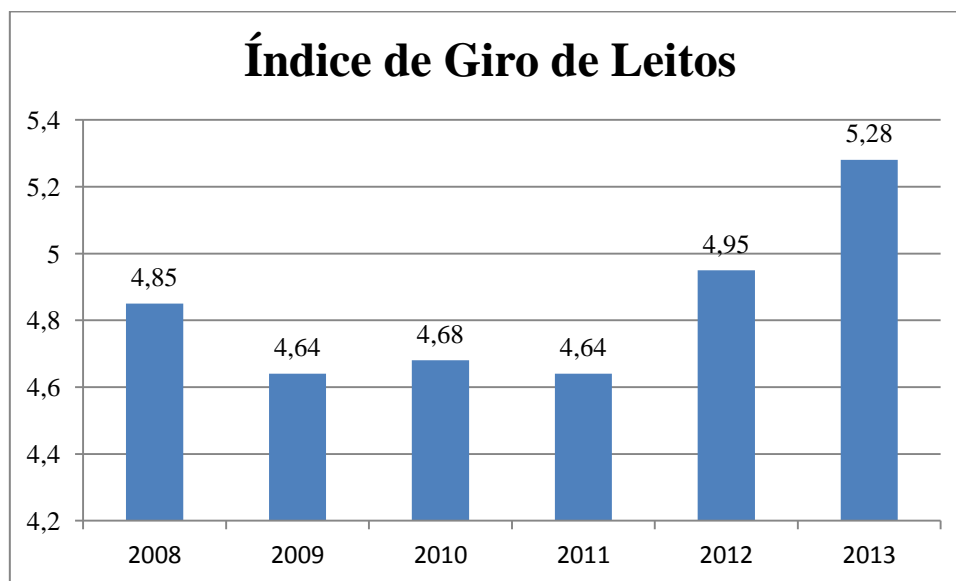
Netto (2007, p. 03) salienta que os custos da qualidade são aqueles custos que não existiriam se o produto fosse fabricado perfeito na primeira vez, estando associados com as falhas na produção que levam a retrabalho, desperdício e perda de produtividade.

Percebe-se que existem custos relacionados com a implantação do processo de qualidade, no qual as instituições necessitam se adequar para atender as exigências dos programas e legislação, bem como existe o custo relacionado com a não qualidade, ao retrabalho, as falhas. Esse custo interfere diretamente no resultado financeiro das instituições, e isso fica nítido ao analisar a evolução das despesas em relação às receitas.

A avaliação de resultados, tanto em nível de atividades quanto por especialidades, constitui um instrumento vital à gestão da instituição de saúde, permitindo aos dirigentes maior segurança diante das dificuldades e desafios impostos a esse segmento empresarial. (Matos, 2002, p.22)

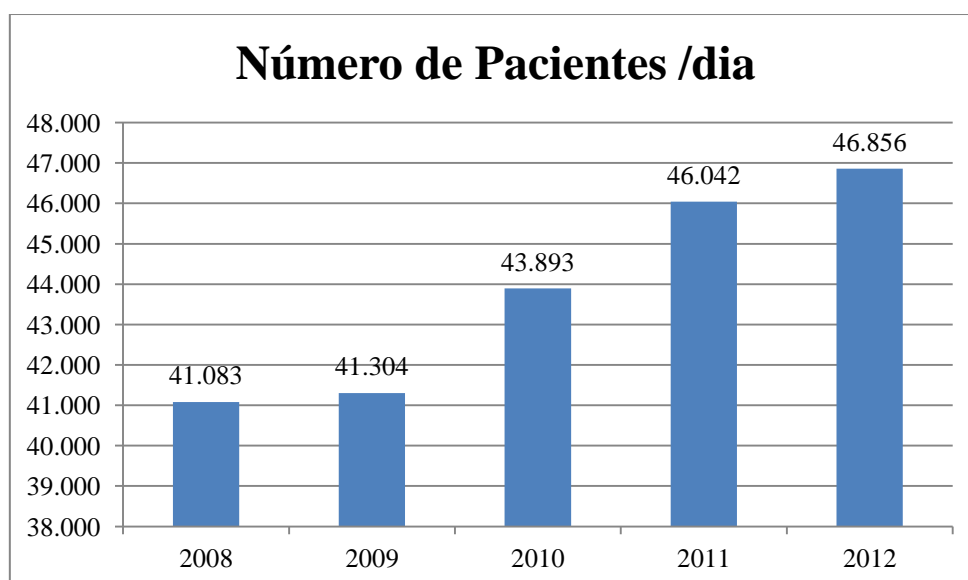
Os autores reforçam que somente com análise crítica e com um sistema de gestão de qualidade bem estruturado consegue-se atingir os objetivos e fazer frente a concorrência.

**GRÁFICO 01**



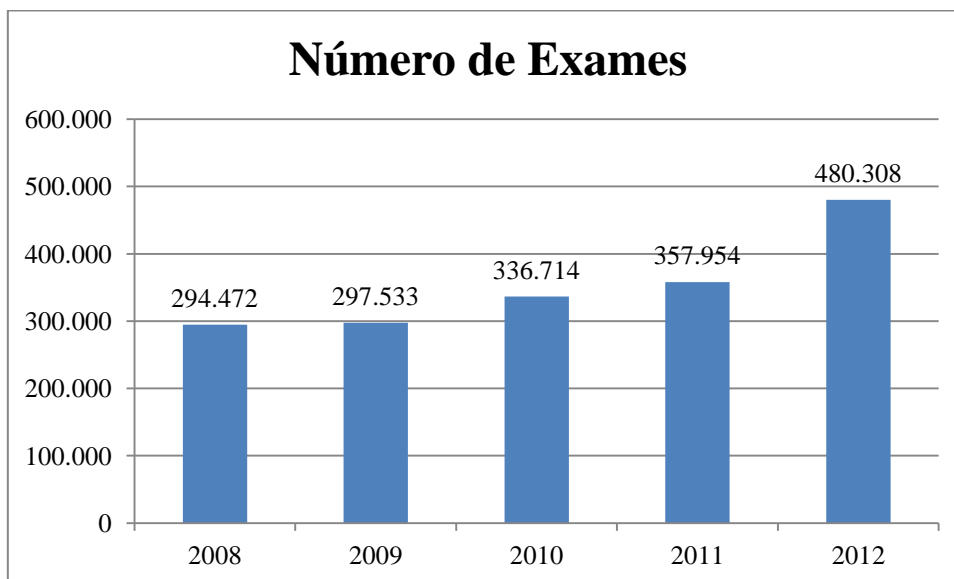
Fonte: Hospital Privado de Macapá/AP – Relatório de Atividades.

**GRÁFICO 02**



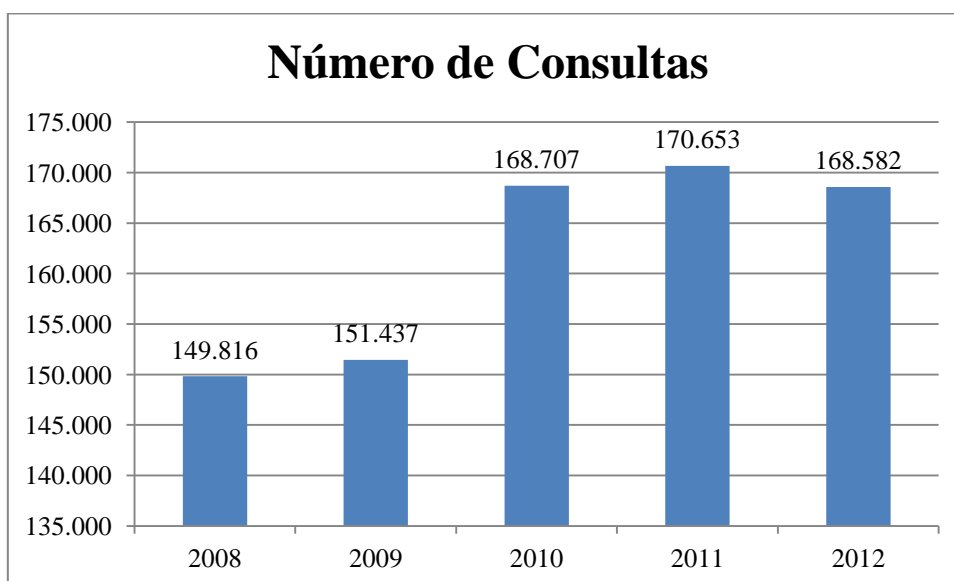
Fonte: Hospital Privado de Macapá/AP – Relatório de Atividades.

**GRÁFICO 03**



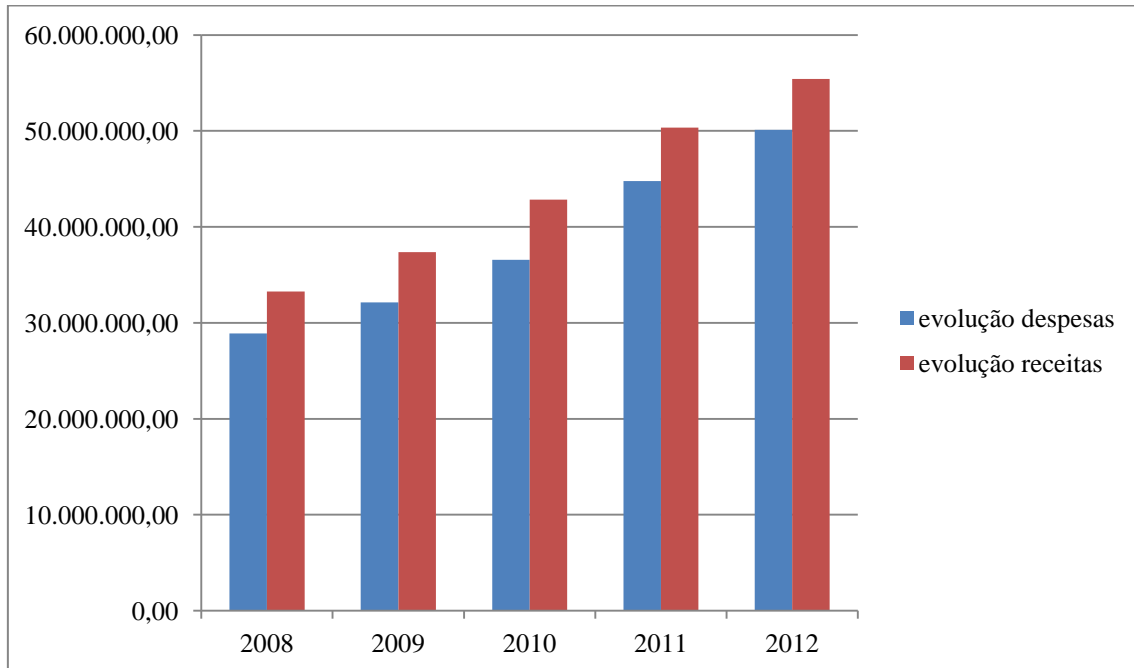
Fonte: Hospital Privado de Macapá/AP – Relatório de Atividades.

**GRÁFICO 04**



Fonte: Hospital Privado de Macapá/AP – Relatório de Atividades.

**GRÁFICO 05**



Fonte: Hospital Privado de Macapá/AP – Relatório de Atividades.

O gráfico 06 página 55, o gráfico 07 página 56, o gráfico 08 página 56, mostram os investimentos em ampliar o quadro de pessoal, os investimento em capacitação e treinamento e com isso a rotatividade de pessoal da instituição foram reduzidos. Percebe-se que mesmo com os ajustes nas rotinas e com a vigilância para que a metodologia fosse absorvida de forma correta, a rotatividade vem diminuída com o passar dos anos.

Assim, a implantação dos processos da qualidade e da acreditação apresentam custos aparentes e custos ocultos. Os custos aparentes são relacionados à consultoria para implantação e os custos para a acreditação. A maior parcela de custos ainda está nos custos ditos ocultos relacionada com as horas do pessoal interno dedicado à elaboração de procedimentos, sua implantação e os treinamentos necessários. Os custos ocultos não estão baixando, mas até aumentando em função da maior conscientização das entidades da área da saúde sobre a importância desse processo. (Ferreira, 2012 p. 56)

“Desenvolver pessoas não significa apenas proporcionar-lhes conhecimentos e habilidades para o adequado desempenho de suas tarefas. Significa dar-lhes a formação básica para que modifiquem antigos hábitos, desenvolvam novas atitudes e capacitem-se para aprimorar seus conhecimentos, com vista em tornarem-se melhores naquilo que fazem.” (Gil, 2007, p. 121)

Percebe-se que os autores reforça que qualidade tem um custo, mas não se tem resultado sem esses custos, formar pessoas é um dos fatores primordial para que elas sejam capazes de se tornarem melhores naquilo que fazem.

Com os investimentos em pessoal a instituição demonstra que valoriza seus profissionais, isso faz que com o índice de rotatividade diminua. E conhecimento é algo que se leva para toda a vida, podendo fazer a diferença por onde atuar.

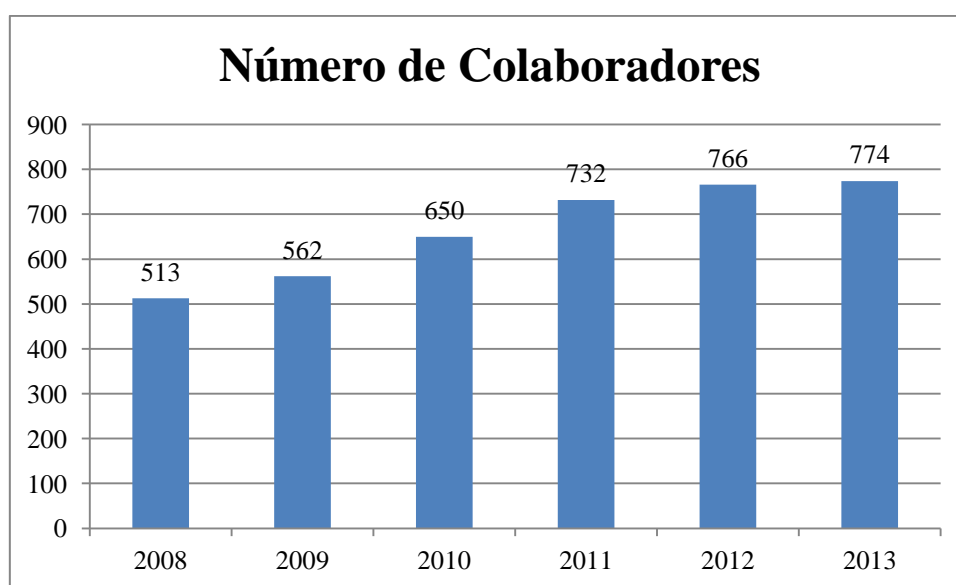
Os autores reforçam que sem investimentos em capacitação e desenvolvimento de pessoas não se obtêm resultados. O investimento em pessoas é retribuído por elas mesmos, através de empenho, comprometimento e maior produtividade.

Uma empresa que não desenvolvem pessoas está com seus dias contados, pois é através da capacitação, treinamentos e reuniões periódicas que ela sinaliza ao seu quadro de profissionais qual a direção que precisa ser seguida.

São as pessoas que consolidam os princípios, missão e visão da empresa e isso dentro de um hospital é primordial, pois lidam com vidas e qualquer atitude desalinhada pode comprometer todo o investimento.

Não adianta investimento e estrutura e novas tecnologias se os profissionais não estão desenvolvendo suas atividades alinhadas ao planejamento estratégico da instituição. Por isso a grande importância em desenvolver pessoas.

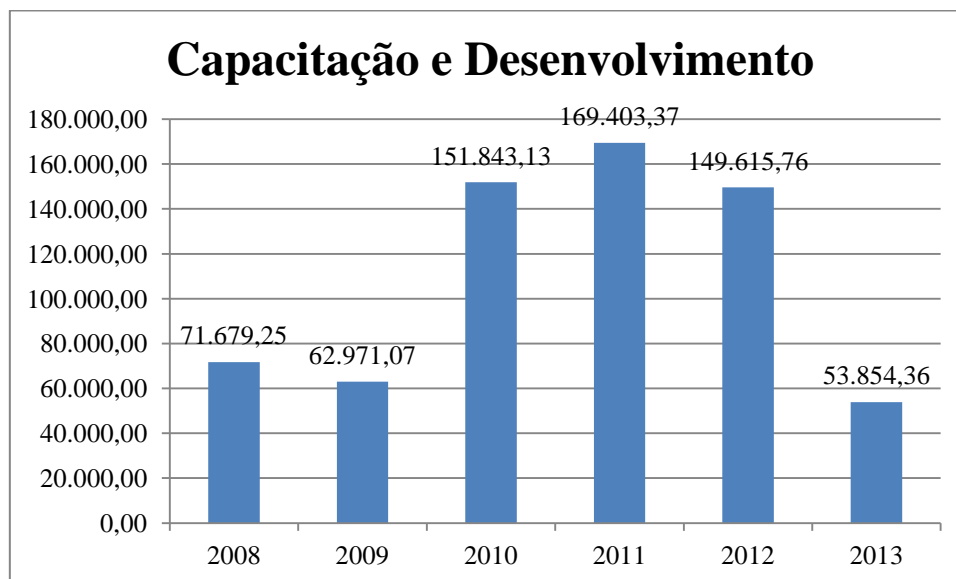
**GRÁFICO 06**



Fonte: Hospital Privado de Macapá/AP – Relatório de Atividades.

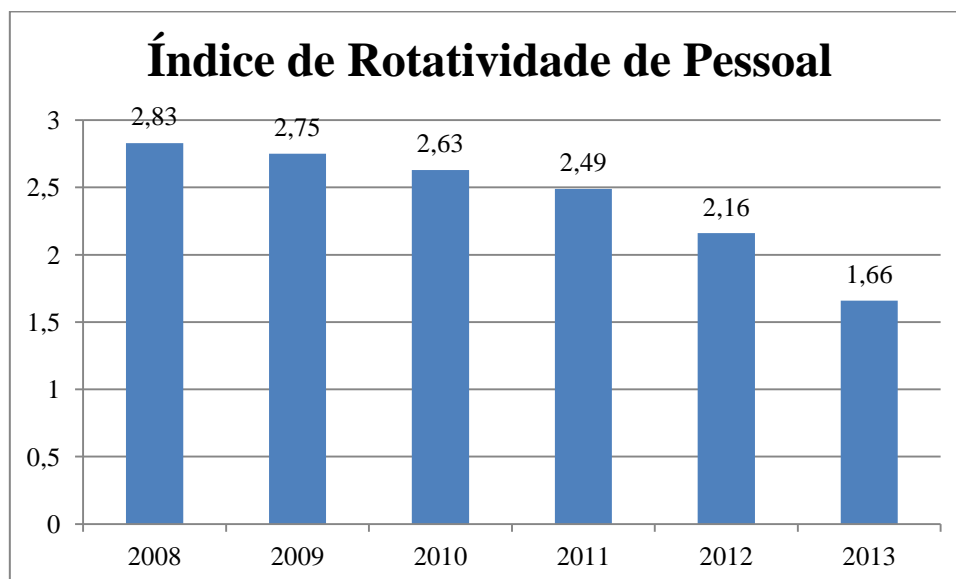


**GRÁFICO 07**



Fonte: Hospital Privado de Macapá/AP – Relatório de Atividades.

**GRÁFICO 08**



Fonte: Hospital Privado de Macapá/AP – Relatório de Atividades.

Os gráficos a seguir correspondem a pesquisa realizada com 205 profissionais divididos nas áreas administrativas, assistenciais, médicas e apoio.

Foram escolhidos aleatoriamente e entregue o formulário de pesquisa contendo questões de identificação de áreas, tempo de trabalho na instituição, sexo e se participou do processo de acreditação.

A segunda parte da pesquisa está relacionada ao nível de percepção do profissional com o processo de acreditação, seu envolvimento, satisfação e os resultados alcançados.

Foram ao todo dezesseis questões objetivas fechadas.

O gráfico 09 página 58 mostra o tempo de vínculo que os profissionais têm com na instituição, deve-se observar que os que estão a mais tempo na instituição são os profissionais médicos. Seguidos pelos profissionais assistências e administrativos, os que estão á menos tempo na instituição são os profissionais de apoio.

O gráfico 10 página 59 mostra que os entrevistados em termo de sexo os profissionais administrativos, assistencial e apoio predominam o sexo feminino, já na os profissionais médicos a predominância é masculino.

O gráfico 11 página 59 mostra em média 86% dos profissionais entrevistados das áreas administrativa, assistencial, médica e apoio, participaram do processo de certificação, e somente uma média de 14% não participou.

Segundo Mezomo (1995 p. 48) a melhoria contínua em todas as operações e setores da empresa se faz necessária. Ela deve ser uma ideia fixa e uma verdadeira obsessão e paixão de todos: deve fazer parte do dia-a-dia das pessoas de todas as áreas.

Segundo Feldman (2008 p. 25) a filosofia da gestão da qualidade é um referencial para o desenvolvimento de uma cultura baseada na melhoria contínua.

“Qualidade é consequência de uma ação gerencial integrada, sistêmica e coerente que crie condições para que a ação assistencial se dê com qualidade em todo o hospital e não apenas em algumas partes – tal é a natureza da interação entre os diversos serviços.” (Perreira, et. al., 2005, p. 333)

Os autores são categóricos em afirmar que para existir qualidade em qualquer instituição é necessário o envolvimento de todos e isso fica claro que no hospital isso existiu, pois os dados do gráfico 11 mostram essa adesão.

Os gráficos 12 a 22 serão analisado a população amostra por áreas de atuação e comparando as informações com tempo de vínculo com a instituição.

O gráfico 12 página 60 mostra que com o processo de acreditação os profissionais consideram que o hospital é muito organizado, cuja média foi de 65%, porém, 35% restante ainda vê o hospital com pouca organização. Comparando os dados obtidos com tempo de vínculo com a instituição, pode-se observar que os profissionais que estão

entre 6 a 10 anos e os 16 a 21 anos na empresa acreditam que o hospital é muito organizado, os que estão a mais de 21 anos vê o hospital com pouca organização.

Isso denota que ainda existe algo a ser melhorado, sendo um dos princípios da melhoria contínua ou que os profissionais estão mais críticos com relação aos processos.

Segundo, Pagliuso (2008, p. 61), salienta que qualidade é a totalidade de características de uma entidade (atividade ou processo, produto), organização, ou uma combinação destes, que lhe confere a capacidade de satisfazer as necessidades explícitas e implícitas dos clientes e demais partes interessadas.

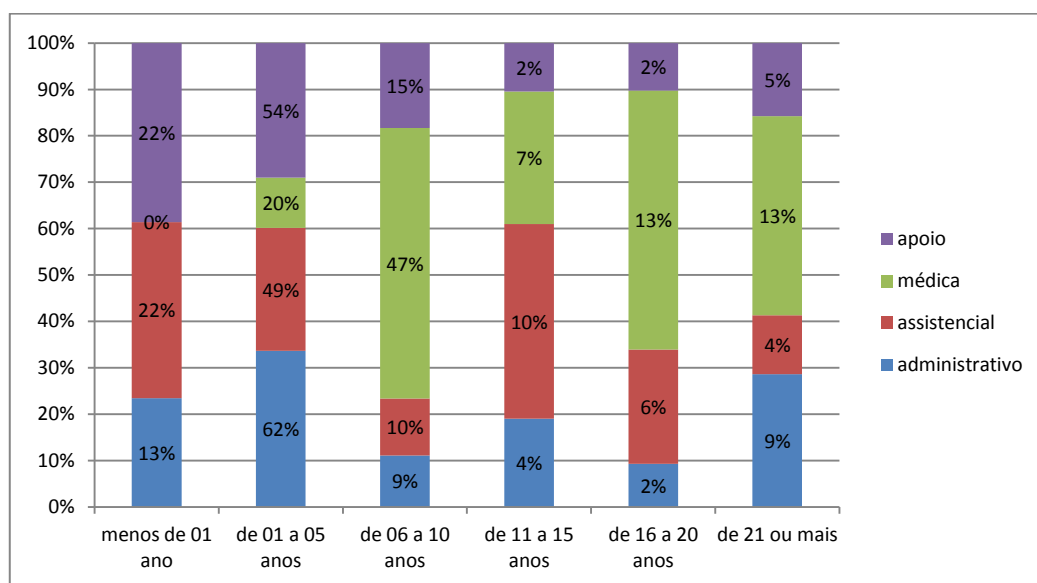
A gestão da qualidade pode ser definida como sendo qualquer atividade coordenada para atingir e controlar uma organização no sentido de possibilitar a melhoria de produtos/serviços, com vistas a garantir a completa satisfação das necessidades dos clientes relacionadas ao que está sendo oferecido, ou ainda, a superação de suas expectativas. (Faria, 2013 p. 46)

Segundo Burmester (2005 p. 334), a essência da qualidade total é que sempre haverá formas melhores de se fazer as coisas; não importa a qualidade do que se faz hoje, sempre será possível melhorá-la.

Em um ambiente organizado, sistematizado se consegue agilidade nas atividades, isso é nítido na percepção dos profissionais entrevistados e dos autores.

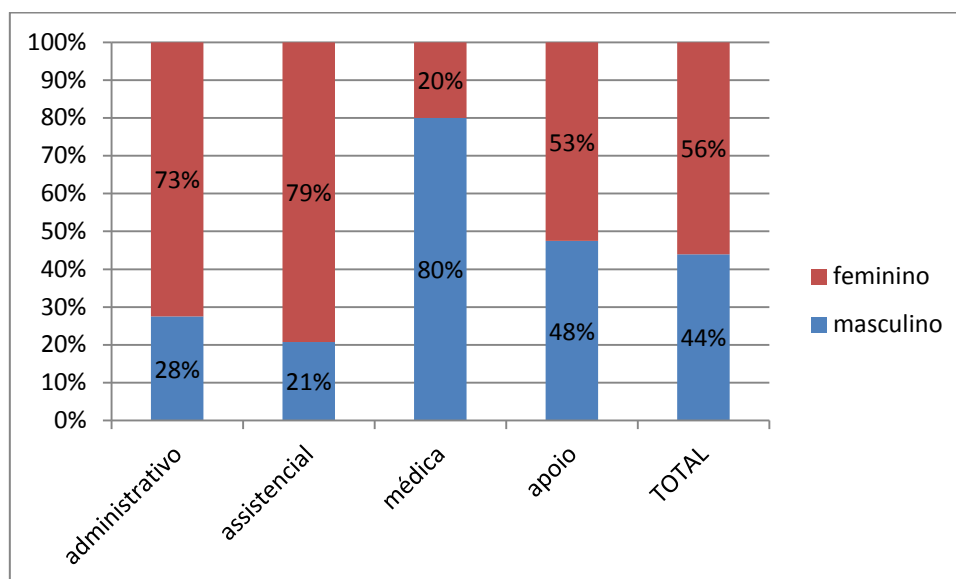
## GRÁFICO 09

Tempo de Vínculo com a Instituição



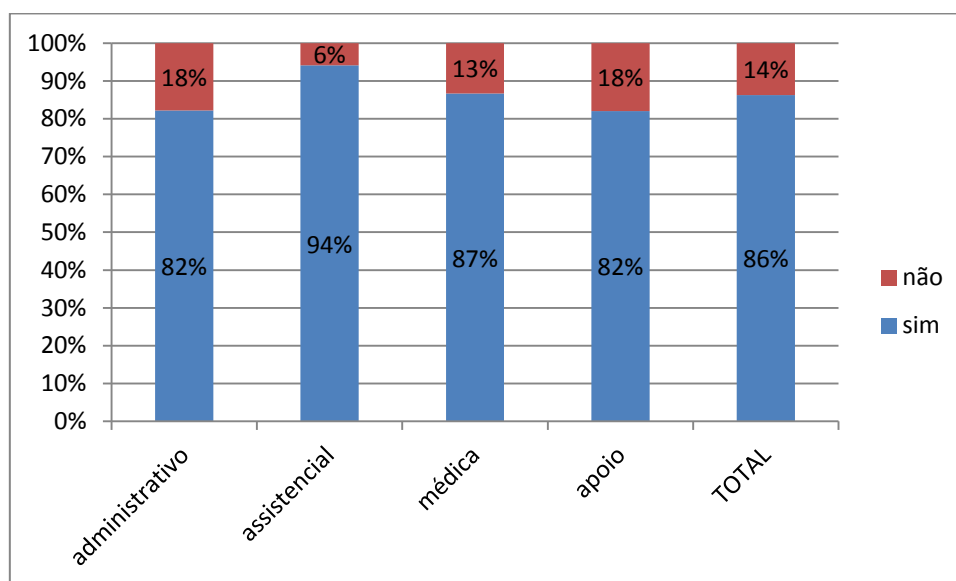
**GRÁFICO 10**

Sexo



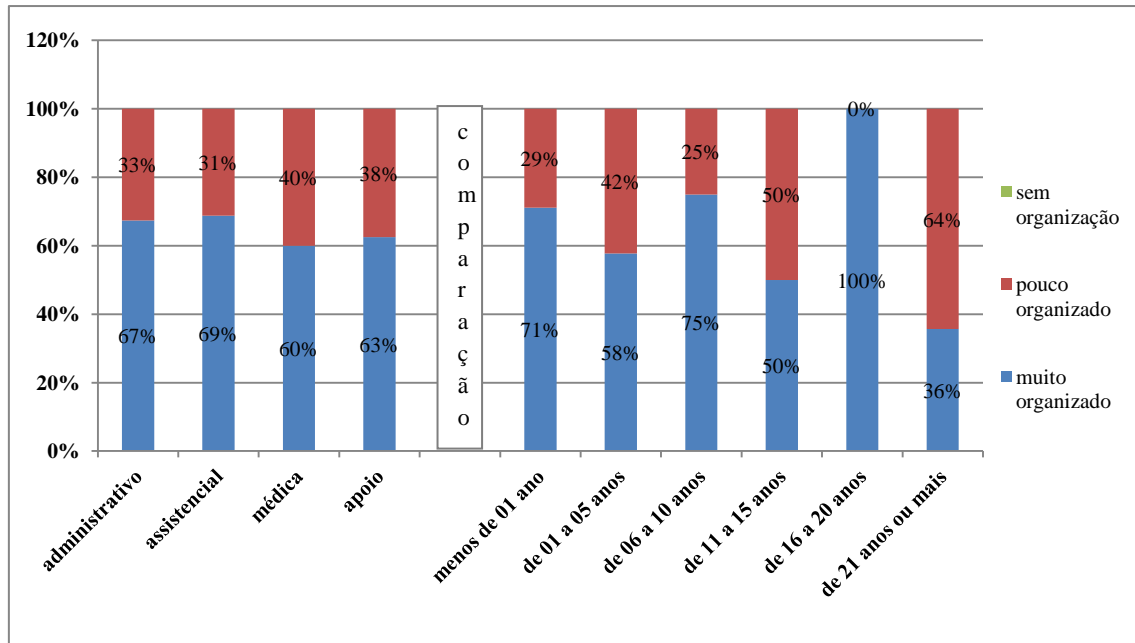
**GRÁFICO 11**

Participou do processo de acreditação?



## GRÁFICO 12

Com o processo de acreditação, no que diz respeito a organização o hospital é:



O gráfico 13 página 62 mostra a percepção dos profissionais com os investimentos que o hospital tem proporcionado capacitação e treinamento, as áreas administrativa, assistencial e apoio em média 60% reconhecem que existem muita capacitação e treinamento, 32% ainda acha que existem pouca capacitação e treinamento. O fator relevante é 27% dos médicos acham que o não tem capacitação e nem treinamento.

Ao cruzarmos essa informação com o fator vínculo com a instituição observa que os profissionais que estão entre 6 a 10 anos, reforçam que existe pouco ou não tem treinamento.

Segundo André (2010, p. 223) salienta que o estímulo à criação do conhecimento, sua manutenção e disseminação, permitem também o processo de inovação nas Organizações.

Segundo ANAHP (2013, p. 21) o desenvolvimento das competências é uma importante estratégia de alinhamento, bem como uma ferramenta fundamental para evidenciar a transparência da instituição em relação ao que ela espera do colaborador.

“Desenvolver pessoas não significa apenas proporcionar-lhes conhecimentos e habilidades para o adequado desempenho de suas tarefas. Significa dar-lhes a formação básica para que modifiquem antigos hábitos, desenvolvam novas atitudes e capacitem-se para aprimorar seus conhecimentos, com vista

em tornarem-se melhores naquilo que fazem.” (Gil, 2007, p. 121)

Desenvolver pessoas é o grande desafio das instituições. E os autores concordam entre si que é uma maneira de direcionar as pessoas para onde a instituição quer que elas sigam.

O gráfico 14 página 63 mostra a percepção dos profissionais se o processo de certificação trouxe segurança em suas atividades.

Em sua maioria os profissionais das quatro áreas reconhecem que hoje desenvolvem suas atividades com mais segurança, atingindo uma média de 80%, estas informações são confirmadas quando se cruza com os dados por vínculo de tempo na instituição. Isso demonstra que os investimentos em qualidade trouxeram resultados, beneficiando os profissionais e os clientes que buscam pelos serviços executados por eles.

“A avaliação de resultados, tanto em nível de atividades quanto por especialidades, constitui um instrumento vital à gestão da instituição de saúde, permitindo aos dirigentes maior segurança diante das dificuldades e desafios impostos a esse segmento empresarial.” (Matos, 2002, p.22)

Para Burmester (2003 p. 03), a qualidade é consequência de um modelo de gestão que evita, previne ou minimize as não-conformidades ou erros do sistema.

Portela & Schmidt (2008) diz que compete à gestão hospitalar atender a missão do hospital, voltada tanto ao negócio quanto à assistência à saúde, otimizando muitas vezes os escassos recursos financeiros a fim de oferecer assistência com qualidade à população.

Os autores assinalam que o alinhamento dos profissionais é fundamental. Com direcionamento correto, fazem com que os objetivos estratégicos sejam atingidos com maior facilidade.

O gráfico 15 página 63 mostra a percepção dos profissionais se o processo de certificação facilitou a execução das rotinas e protocolos.

A maioria dos profissionais das áreas administrativas, assistencial e apoio, acham que as rotinas e protocolos são claros e seguros, e uma pequena porcentagem acham que são claros e complicados. A área médica teve maior prevalência em achar que são claros e complicados e difíceis, demonstrando que ainda falta conhecimento e percepção de que os protocolos tendem a criar barreiras para aumentar a segurança. Além de ser um respaldo jurídico contra possíveis causas que questionam as condutas médicas.

Ao comparar as informações por tempo de vínculo com a instituição os profissionais que estão a mais de 16 anos mostram que as rotinas e protocolos são claros e complicados, isso pode ser reflexo de que alguns profissionais com mais anos de atuação possui dificuldade em assimilar mudanças e novos conceitos.

“Parece que hoje a qualidade assumiu, plenamente, um enfoque que David Garvin fixou 20 anos atrás: a visão transcendental, ou seja, a qualidade não está apenas no processo produtivo, no método de trabalho, no produto em si ou no serviço prestado: vai além de tudo isso.” (Carvalho & Paladini 2012 p. 28)

Gastal & Roessler (2005) salienta que o processo de acreditação é um método de consenso, racionalização e ordenação das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde e, principalmente, de educação permanente dos seus profissionais.

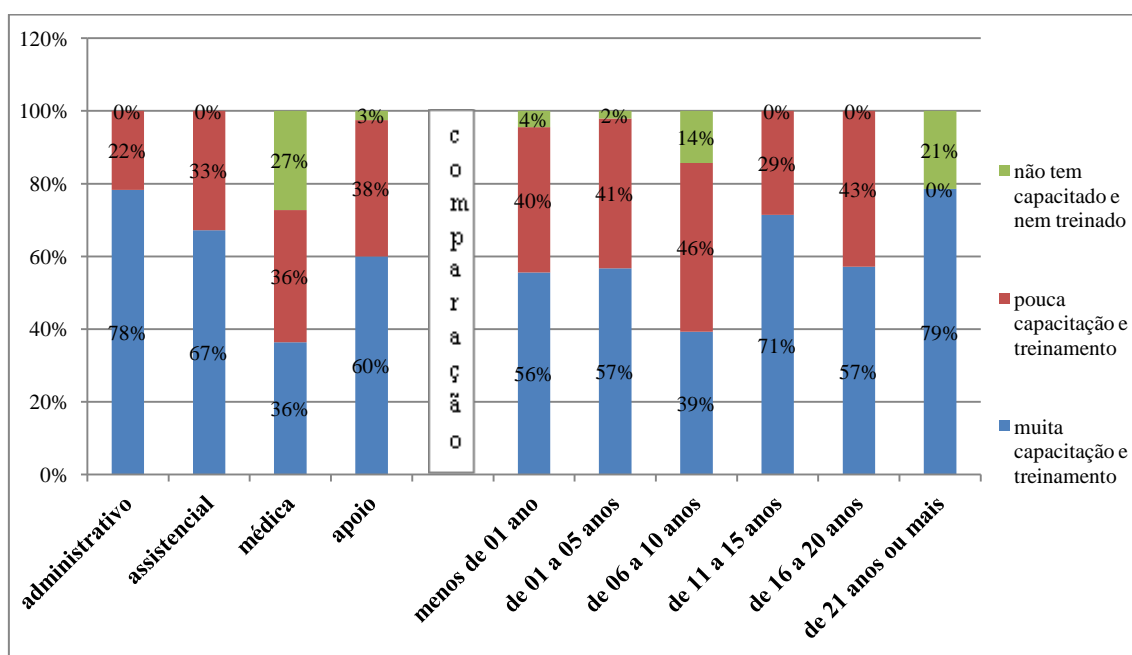
Segundo Feldman (2008, p. 265), por via da Acreditação, a instituição de saúde tem a possibilidade de realizar um diagnóstico objetivo acerca do desempenho de seus processos, incluindo as atividades de cuidados direto ao paciente, atividades de apoio e aquelas de natureza administrativa.

O envolvimento dos profissionais médicos nos processos de qualidade é sempre complicado, pois fazem com saem da zona de conforto, tendo que discutir com a equipe multiprofissional os casos de seus pacientes, e isso tende a incomodar.

Mas os autores afirmam que o processo de qualidade tem método, e precisa ser cumprido por todos, é desenvolver atividades através de evidências.

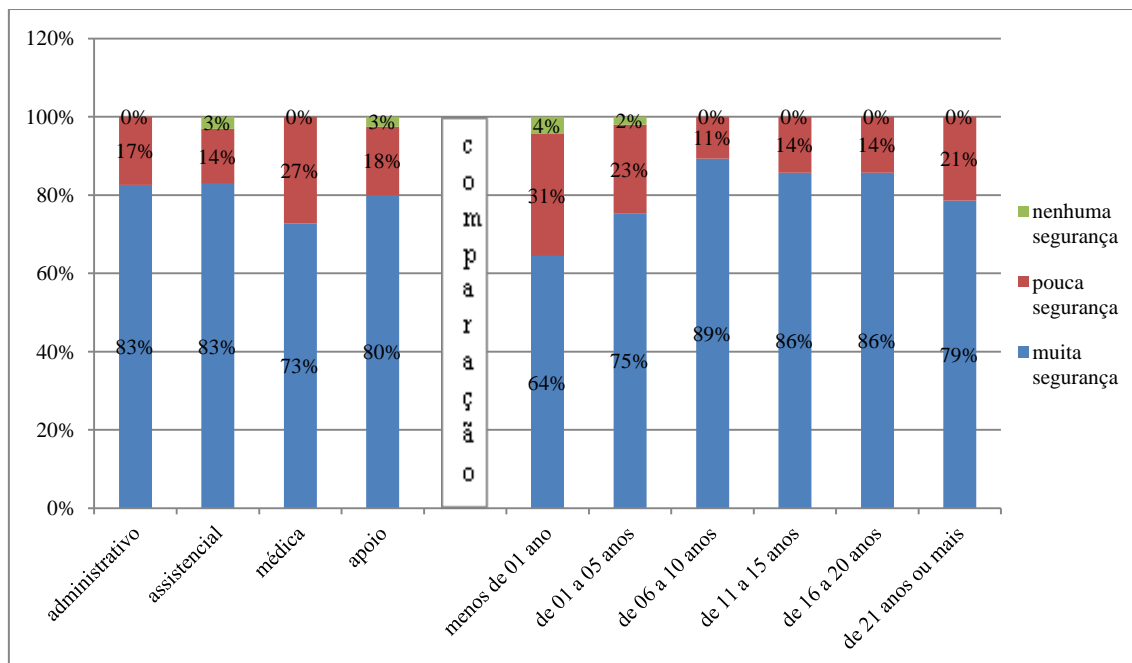
### GRÁFICO 13

No que diz respeito a capacitação e conhecimento o hospital tem proporcionado:



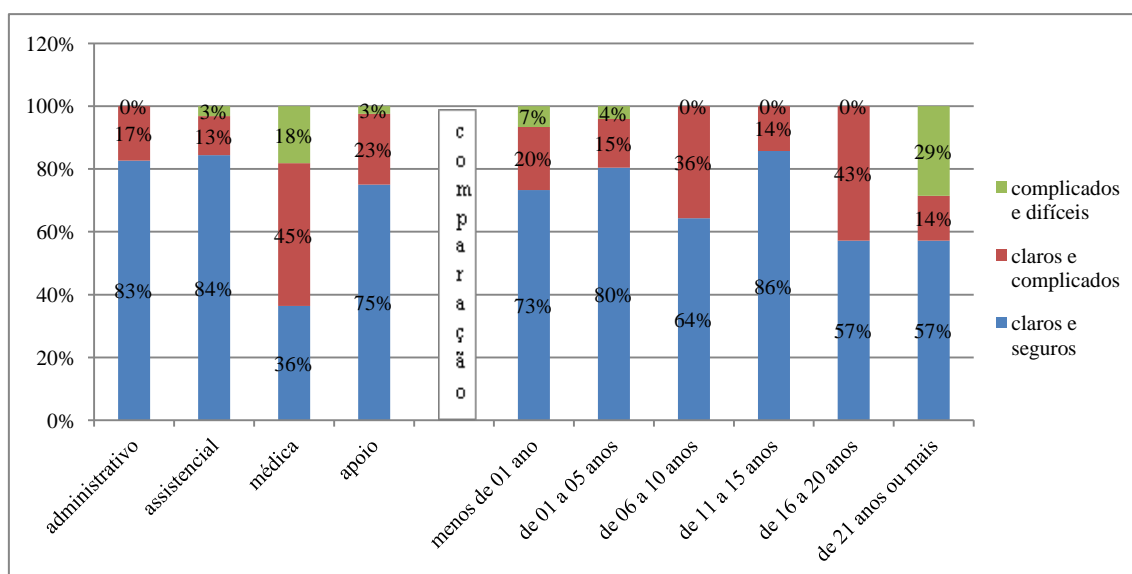
**GRÁFICO 14**

O processo de certificação no que diz respeito a realização de suas atividades trouxe:



**GRÁFICO 15**

Com o processo de certificação, rotinas e protocolos na sua área de atuação se tornaram:



O gráfico 16 página 66 mostra se com o processo de certificação os profissionais trabalham satisfeitos.



Percebe-se que as áreas administrativas, apoio e assistencial 69% em média estão em sua maioria muito satisfeitos, mas na área médica 47% estão pouco satisfeitos e 18% do corpo clínico estão insatisfeitos, prevalecendo que 65%, estão em algum momento insatisfeito.

Ao cruzar essas informações com os dados obtidos na estratificação da população amostra por tempo de vínculo na instituição, percebe-se que existe uma regularidade em satisfação.

“A motivação ou disposição para empenhar-se o melhor possível no desenvolvimento de suas atribuições tem naturalmente muito a ver com o próprio empregado, mas também é fortemente influenciada pela empresa. Hoje, reconhece-se que os empregados preferem trabalhar em empresas que oferecem qualidade de vida, ou seja, capazes de proporcionar segurança e satisfação.” (Gil 2007, p. 45)

Estar engajado em um processo de qualidade requer disciplina, diálogo, e muita vontade para partilhar conhecimento, isso está claro na citação do autor.

O gráfico 17 página 66 mostra se com o processo de certificação os profissionais estão preparados para realizar suas atividades.

As respostas dos profissionais atingiu a média de 80%, afirmam que estão preparados para exercer suas atividades, ao analisar separadas as respostas da população amostra e comparando os dados estratificando por tempo de vínculo na instituição, observa-se uma pequena variação nas respostas dos profissionais que tem de 06 a 10 anos, estes afirmam que 64% estão muito preparados e 36% pouco preparados, isso confirma que os investimentos em capacitação realizada pela instituição surtiu efeito, porém, ainda existem uma parcela da população amostra que ainda não se sentem preparados, devendo investigar os motivos.

“As instituições hospitalares lideram a prestação de serviços de saúde e empregam os profissionais de ponta do País. São também centros de treinamentos e o principal ambiente de desenvolvimento e adoção de novas tecnologias.” (La Forgia & Couttolenc 2009 p. 01)

Segundo Welch (2005 p. 101) Como as recompensas e o reconhecimento, o treinamento surte esse efeito. Motiva as pessoas, demonstrando-lhes uma maneira de crescer, deixando clara que a organização se importa com elas, e que elas têm futuro.

“Qualidade em serviços médico-hospitalares, requer gerenciamento participativo e exige da alta direção uma avaliação das pessoas que compõem seus quadros. É preciso motivar, sensibilizar e orientar para alcançar a melhoria contínua, com foco no treinamento e no aprendizado e, acima de tudo qualidade pessoal.” (Taraboulsi, 2005, p. 223)

Segundo André (2010, p. 223) salienta que o estímulo à criação do conhecimento, sua manutenção e disseminação, permitem também o processo de inovação nas Organizações.

Os autores reforçam que estar preparados é fundamental para obter os resultados estabelecidos. E que desenvolver pessoas é o melhor método.

O gráfico 18 página 67 mostra se com o processo de certificação os profissionais considera que em suas áreas hoje tem melhores resultados. Obteve-se a média de 77% dos profissionais considera que hoje se tem melhores resultados, apenas 38% dos profissionais médicos ainda acham que se têm poucos resultados com o processo de certificação.

Ao analisar e comparar as informações de forma estratificadas por vínculo com a instituição, percebe-se a regularidade das informações obtidas.

Ações conscientes que obedecem aos protocolos e as normativas produzem os resultados esperados, porém, se faz necessário o envolvimento de todos na adesão dos processos de qualidade.

Em um cenário em que o conjunto de ações nada mais é do que as ferramentas planejadas, organizadas e aplicadas da ciência da Qualidade de hoje e denominadas: descrição de processo, fluxograma, protocolo, relatório de falhas de projeto, medições e comparações, controle de documentos, rastreabilidade, controle de processo, conformidade, análise crítica de resultados, continuidade do processo de melhoria, ações corretivas e preventivas. (Mello & Camargo, 1998, p. 36)

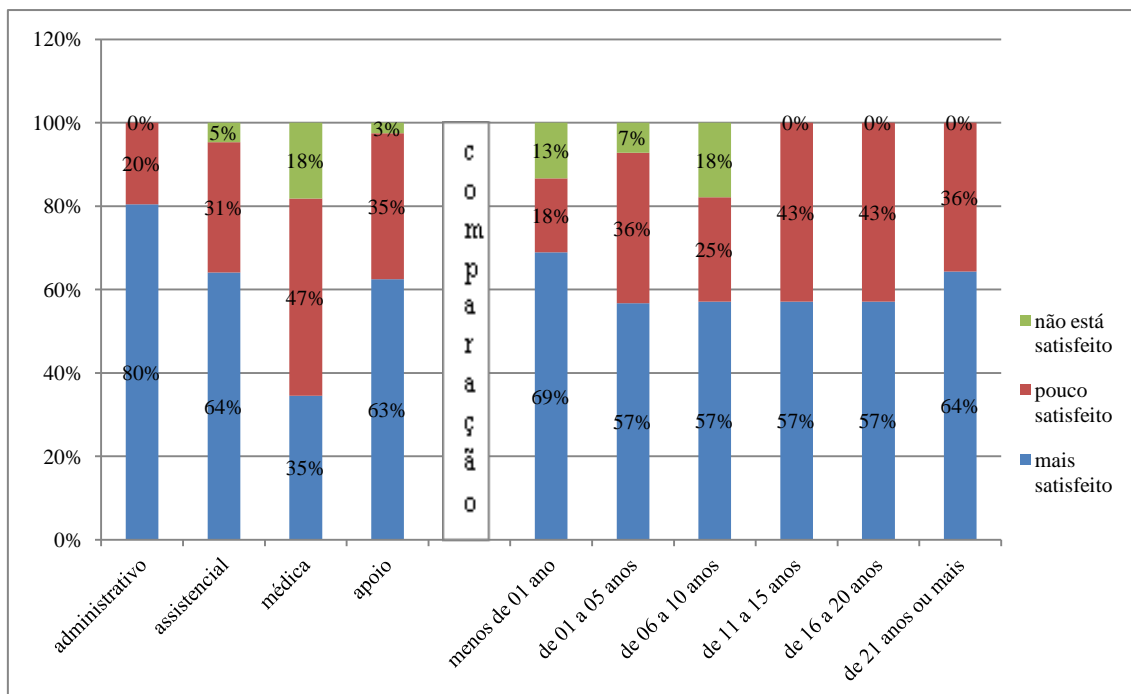
A avaliação de resultados, tanto em nível de atividades quanto por especialidades, constitui um instrumento vital à gestão da instituição de saúde, permitindo aos dirigentes maior segurança diante das dificuldades e desafios impostos a esse segmento empresarial. (Matos, 2002, p.22)

Couto & Pedrosa (2007, p. 92), salienta que o indicador é uma medida quantitativa de resultado desejável ou indesejável do processo (estrutura, método, resultado) que deve ser medido para que se tenha certeza de que os objetivos desejados foram alcançados.

Os autores mostram que os resultados são vitais para analisar os serviços, e os profissionais são peça fundamental na consolidação desses resultados. É necessário o envolvimento e empenho, desconstruindo o saber todos os dias se for o caso. E analisar as ações através de evidências e não empiricamente.

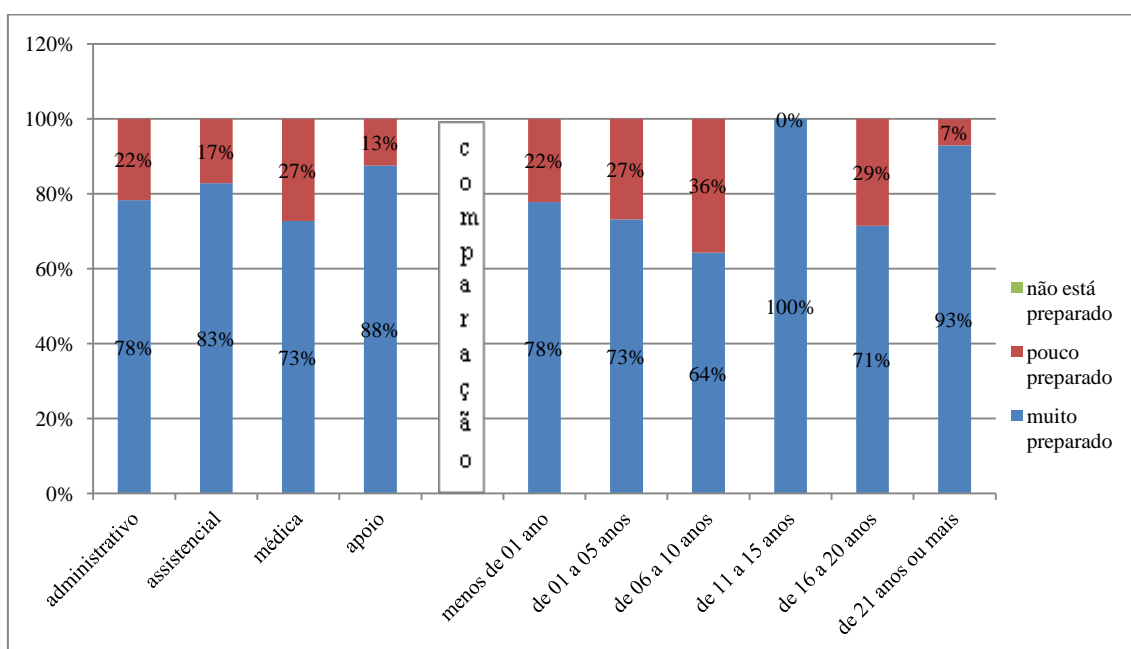
**GRÁFICO 16**

Com o processo de certificação hoje você trabalha:



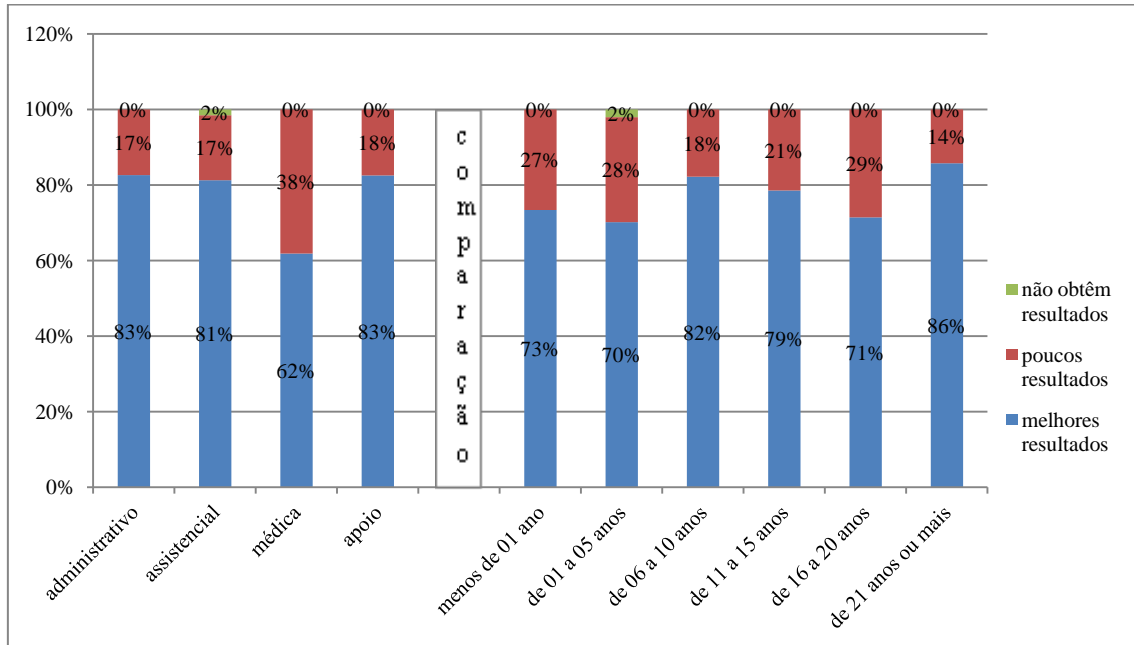
**GRÁFICO 17**

Com o processo de certificação você considera que hoje para realizar suas atividades você está:



## GRÁFICO 18

Hoje com o processo de certificação você considera que na sua área de atuação se tem:



O gráfico 19 página 70 mostra a questão da satisfação profissional em trabalhar em um hospital certificado.

Os profissionais das áreas administrativos, assistencial, apoio em sua maioria estão muito satisfeitos, e a minoria estão pouco satisfeitos. 55% dos profissionais médicos estão pouco satisfeitos e 45% estão muitos satisfeitos isso demonstra a necessidade de analisar criticamente o que estão deixando-os poucos satisfeitos. Devendo estender essa mitigação aos demais profissionais, pois se considera no total uma média de 37% dos profissionais está pouco satisfeitos.

Ao comparar os dados estratificados por vínculo na instituição, percebe-se que os profissionais que têm 16 a 21 anos, 43% estão muito satisfeitos e 57% pouco satisfeitos, confirmando a sentença de que merece identificar os motivos de insatisfação.

A gestão da qualidade pode ser definida como sendo qualquer atividade coordenada para atingir e controlar uma organização no sentido de possibilitar a melhoria de produtos/serviços, com vistas a garantir a completa satisfação das necessidades dos clientes relacionadas ao que está sendo oferecido, ou ainda, a superação de suas expectativas. (Faria, 2013)

Feigenbaum *apud* Carvalho & Paladini (2012 p.14) “Qualidade é a composição total das características de marketing, projeto, produção e manutenção dos bens e serviços, através dos quais os produtos atenderão às expectativas do cliente.”

“Administração estratégica é um processo pelo qual as organizações analisam e aprendem com seus ambientes internos e externos, estabelecem a direção estratégica, criam estratégias que pretendem mover a organização naquela direção e programam essas estratégias, tudo em um esforço para satisfazer a seus principais públicos interessados.”  
(Harrison 2005, p. 26)

Chiavenato (2003, p. 543), ressalta que o modelo da estratégia deve ser simples e formal e a estratégia deve ser única e feita sob medida para cada organização.

Criar estratégias que satisfaça todos os clientes é necessário, independente se esse cliente é externo ou interno. Isso está claro no comentário dos autores.

Cabendo assim, discutir com as áreas afins os motivos que estão deixando-os pouco satisfeito.

O gráfico 20 página 71 mostra qual a percepção dos profissionais entrevistados sobre o hospital em relação a outros hospitais.

As respostas das áreas administrativas, assistencial, médica e apoio oscilam entre bom e excelente, isso mostra que o hospital apresenta um nível de qualidade desejada, porém, algumas coisas a serem ajustadas.

Ao cruzar as informações, estratificando com o tempo de vínculo, tem-se uma curva entre os profissionais de 01 a 15 anos na instituição, 63% classificam o hospital como bom e 36% excelente, e quem tem menos de 01 ano 73% considera o hospital como excelente e 20% como bom. Esses dados sinalizam que merece avaliar estudo para entender melhor a percepção dessa parcela da população amostra.

Conforme os próprios autores relatam a melhoria é contínua e qualquer coisa que tem um nível de qualidade hoje pode ser melhorada amanhã.

Segundo Wech (2005, p. 153) estratégia consiste simplesmente em descobrir a grande ideia, definir uma trajetória geral, incumbir as melhores pessoas de desbravá-la e então partir para a execução, com ênfase implacável na melhoria contínua.

A gestão da qualidade pode ser definida como sendo qualquer atividade coordenada para atingir e controlar uma organização no sentido de possibilitar a melhoria de produtos/serviços, com vistas a garantir a completa satisfação das necessidades dos clientes relacionadas ao que está sendo oferecido, ou ainda, a superação de suas expectativas. (Faria, 2013)

Segundo Burmester (2005 p. 334), a essência da qualidade total é que sempre haverá formas melhores de se fazer as coisas; não importa a qualidade do que se faz hoje, sempre será possível melhorá-la.

Faz-se necessário criar as estratégias para que a percepção do corpo clínico seja satisfeita, pois os hospitais existem para atender os pacientes dos médicos. Sendo assim, são eles os clientes em potencial dos hospitais.

Programar estratégias que satisfaça a clientela médica é apostar em retorno para instituição. Superar suas expectativas, cativar e envolve-los nos processos de qualidade produz frutos.

E os autores reforçam que nos processos de qualidade sempre haverá formas melhores de fazer as coisas, isso remete aos gestores pensar em como mobilizar as equipes para pensar sobre suas atividades, sempre com o intuito de evidenciar suas conquistas. Não se pode fazer saúde no empirismo.

O gráfico 21 página 71 mostra o quanto os profissionais entrevistados estão comprometidos em suas atividades para que os objetivos do mapa estratégico do hospital sejam atingidos.

Percebe-se que o nível de comprometimento é em média 89%, este dado é confirmado ao estratificar as informações por tempo de vínculo com a instituição com destaque para os profissionais que tem mais de 21 anos de atuação na empresa, pois 100% desses consideram que estão muito preparados. Isso demonstra que a vontade de fazer com que os objetivos do hospital sejam atingidos tornando assim, um centro de excelência.

“O Balanced Scorecard é uma ferramenta (ou uma metodologia) que traduz a missão e a visão das empresas num conjunto abrangente de medidas de desempenho que serve de base para um sistema de medição e gestão estratégica”. (Norton e Kaplan *apud* Herrero, 2005, p. 25)

Segundo Hargreaves, Zuanet e Lee (2008 p. 18) pode-se concluir que qualidade só aparece se os profissionais envolvidos com o serviço estão comprometidos com o trabalho e se as empresas, por sua vez, praticam políticas de valorização e capacitação de pessoal.

“Qualidade é consequência de uma ação gerencial integrada, sistêmica e coerente que crie condições para que a ação assistencial se dê com qualidade em todo o hospital e não apenas em algumas partes – tal é a natureza da interação entre os diversos serviços.” (Perreira, et. al., 2005, p. 333)

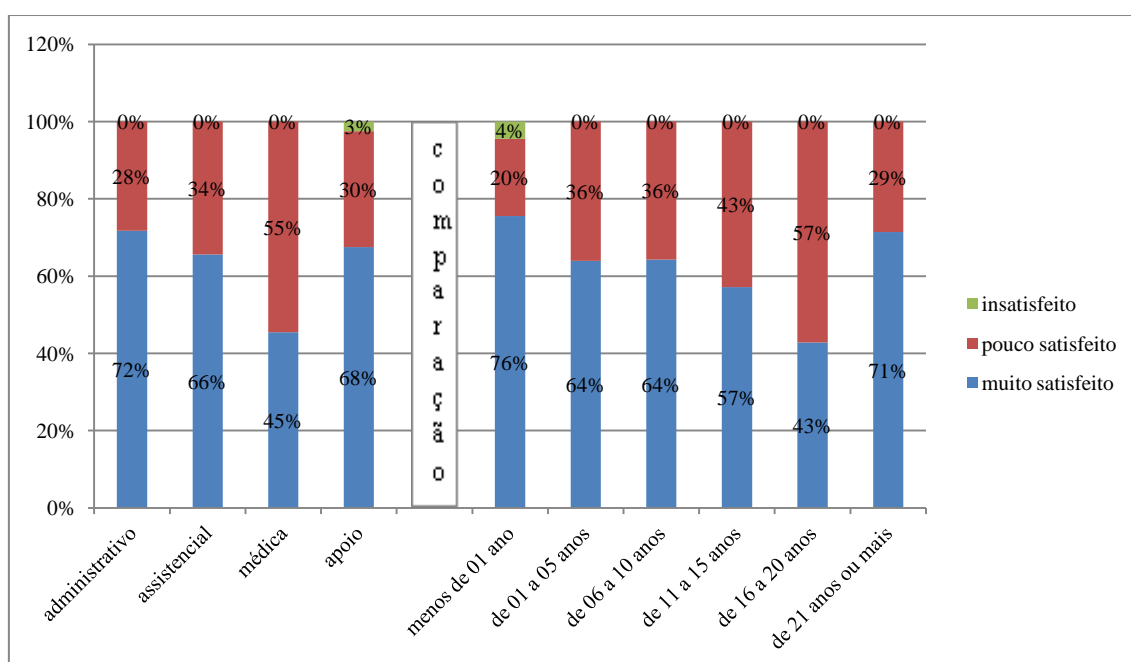
“Combinar qualidade e serviços médico-hospitalares é um desafio para muitas instituições de saúde. A aplicação de conceitos de qualidade total na atividade hospitalar não só é

possível, como também é de extrema importância, tanto nas instituições privadas como nas públicas, pois exige eficácia (a estratégia e as decisões certas), eficiência (o fazer correto) e discernimento (a detecção das peculiaridades do ambiente), para melhorar serviços tão críticos e torna-los integralmente focados nos clientes de saúde e em suas expectativas.” (Taraboulsi, 2005, p. 222)

Os autores reforçam que os resultados aparecem quando os profissionais estão envolvidos com a causa, e isso ficou claro para que o hospital obtivesse o certificado de qualidade. Sendo confirmando nas respostas da entrevista.

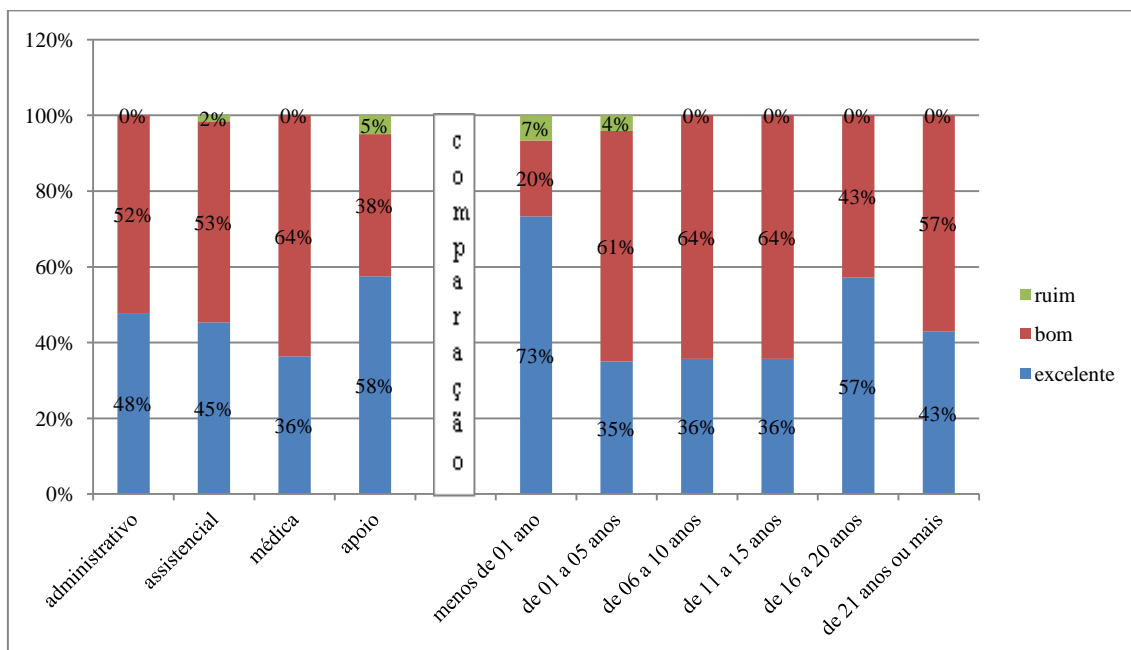
## GRÁFICO 19

Por trabalhar em um hospital certificado em termo de satisfação profissional você se considera:



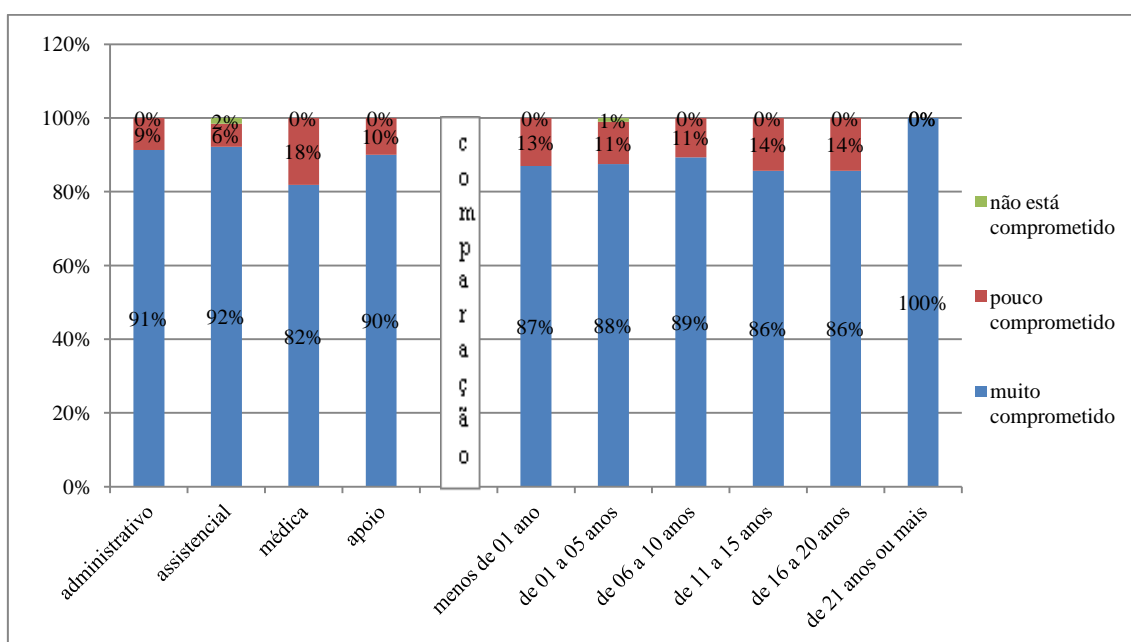
**GRÁFICO 20**

Comparando o hospital com outros hospitais que não tem em suas atividades o processo de qualidade implantado você considera que o hospital é:



**GRÁFICO 21**

Para que o hospital atinja seus objetivos do mapa estratégico você enquanto profissional está:





O gráfico 22 página 73 mostra qual a percepção dos profissionais no que diz respeito aos objetivos do hospital. A maioria dos profissionais entrevistados considera que os objetivos do hospital estão muito claros, e uma pequena porcentagem acha que existe pouca clareza, com destaque para a área médica que 45% dos entrevistados considera que os objetivos estão poucos claros. Tais informações são confirmadas ao estratificar as respostas por tempo de vínculo na instituição, pois 54% dos profissionais que atual entre 06 a 10 anos consideram pouco claros os objetivos do hospital.

“O Balanced Scorecard é um sistema de gestão que traduz a estratégia de uma empresa em objetivos, medidas, metas e iniciativas de fácil entendimento pelos participantes da organização. É uma ferramenta gerencial que permite capturar, descrever e transformar os ativos intangíveis de uma organização em valor para os stakeholders.” (Herrero, 2005, p. 26)

“ONA é uma organização privada, sem finalidade econômica e de interesse coletivo, que tem como principais objetivos a implantação e a implementação em nível nacional de um processo permanente de melhoria da qualidade da assistência à saúde, estimulando todos os serviços de saúde a atingirem padrões mais elevados de qualidade, dentro do processo de acreditação.” (Manual Brasileiro de Acreditação 2010 p. 12)

Couto & Pedrosa (2007, p. 92), salienta que o indicador é uma medida quantitativa de resultado desejável ou indesejável do processo (estrutura, método, resultado) que deve ser medido para que se tenha certeza de que os objetivos desejados foram alcançados.

Em um cenário em que o conjunto de ações nada mais é do que as ferramentas planejadas, organizadas e aplicadas da ciência da Qualidade de hoje e denominadas: descrição de processo, fluxograma, protocolo, relatório de falhas de projeto, medições e comparações, controle de documentos, rastreabilidade, controle de processo, conformidade, análise crítica de resultados, continuidade do processo de melhoria, ações corretivas e preventivas. (Mello & Camargo, 1998, p. 36)

“O modelo de gestão é tido como um conjunto de valores e princípios que predominam na instituição e tem como referência as crenças do grupo de poder desta. Esses valores e princípios, por sua vez, vão influenciar o comportamento do indivíduo.” (Pereira, et. al., 2005, p.63)

Harrison (2005, p. 112), salienta que a missão define o que é a organização e as razões para sua existência; normalmente contém todos os elementos de direção estratégica, incluindo visão, definição de negócios e valores organizacionais.

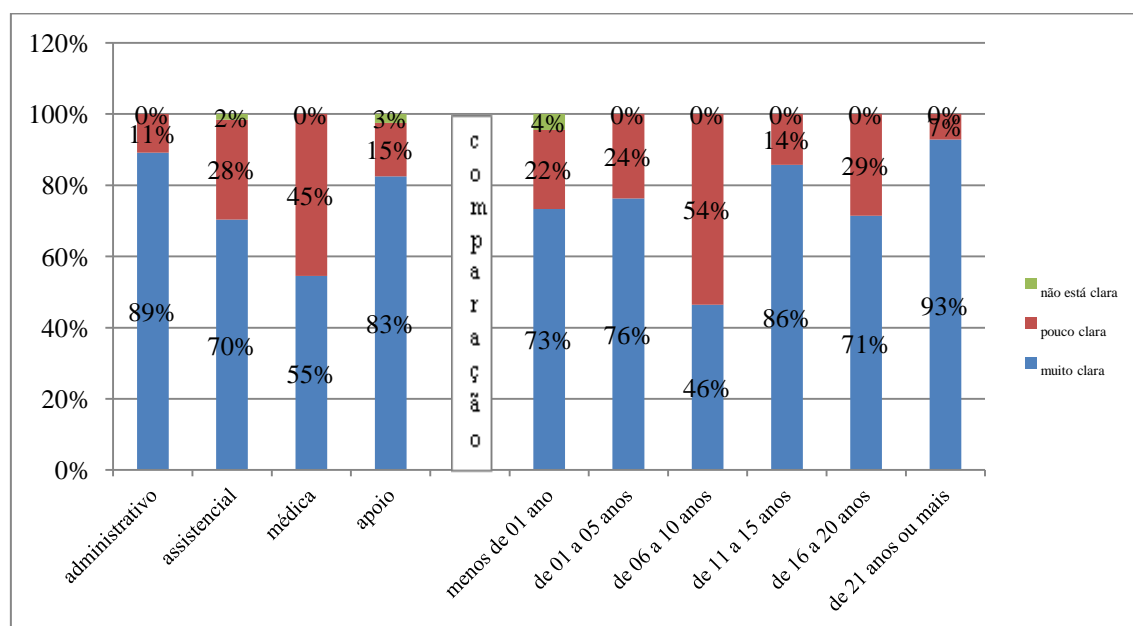
Para Chiavenato (2003, p. 601), a missão se refere à finalidade ou motivo pelo qual a organização foi criada e para o que ela deve servir. Ela significa a razão de existência de uma organização.

Ter ações claras, e envolver pessoas só se consegue com perspicácia e muito força de vontade. Os gestores são os maestros que além das atividades de análise que são necessárias ser feitas é preciso não perder de vista as pessoas, pois sem elas não se constroem uma instituição com qualidade.

A gestão de um empreendimento é primordial para que os resultados sejam atingidos. Para tanto, é necessário que o modelo de gestão seja orientado em missão, visão, valores e princípios. Os autores deixam claro que esses são os pilares de uma gestão inteligente, que prima pela competitividade de mercado.

## GRÁFICO 22

Com o processo de certificação o hospital tem mostrado os seus objetivos de forma:



O gráfico 23 página 75 mostra qual a percepção dos profissionais da área administrativa em termos de classificação, se o hospital com o processo de certificação é seguro, organizado, transparente, atrativo e resolutivo.

Percebe-se que o hospital recebeu melhores conceitos em organização, seguro e transparente.

O gráfico 24 página 75 mostra qual a percepção dos profissionais da área assistencial em termos de classificação, se o hospital com o processo de certificação é seguro, organizado, transparente, atrativo e resolutivo.

Percebe-se que na opinião dos profissionais assistenciais o hospital em ordem de classificação é organizado, seguro, transparente e resolutivo.

O gráfico 25 página 76 mostra qual a percepção dos profissionais da área médica em termos de classificação, se o hospital com o processo de certificação é seguro, organizado, transparente, atrativo e resolutivo.

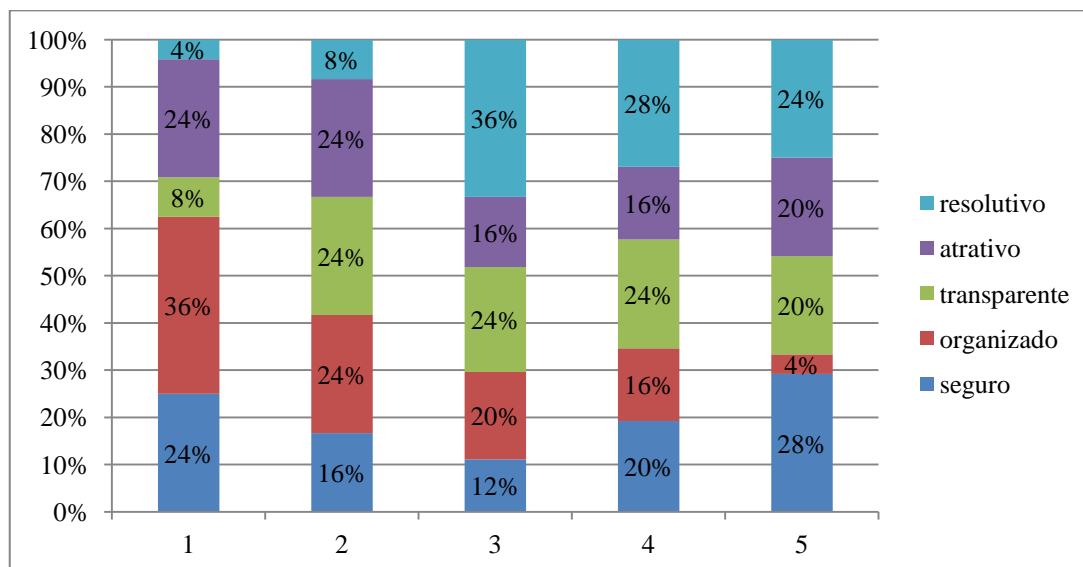
Percebe-se que na opinião dos profissionais médicos o hospital é atrativo, organizado, transparente, seguro com destaque para o item resolutivo que foi classificado em ultima pontuação com 67%, demonstrando que ainda os protocolos clínicos apresentam fragilidades.

Os últimos quatros gráficos consolida que os objetivos da instituição foram alcançados, pois o nível I da metodologia ONA é segurança e o nível II é organização, sendo assim, é perceptível pelos profissionais que atuam no hospital que foram alcançados, sendo condizente com os autores em expressar que todo o processo de qualidade visa, organizar e dar segurança aos que atuam nas diversas áreas, bem como aos que procuram pelos serviços ofertados pelas instituições de saúde.

### GRÁFICO 23

Em ordem de classificação (1, 2, 3, 4, 5) na sua avaliação o processo de certificação tornou o hospital mais:

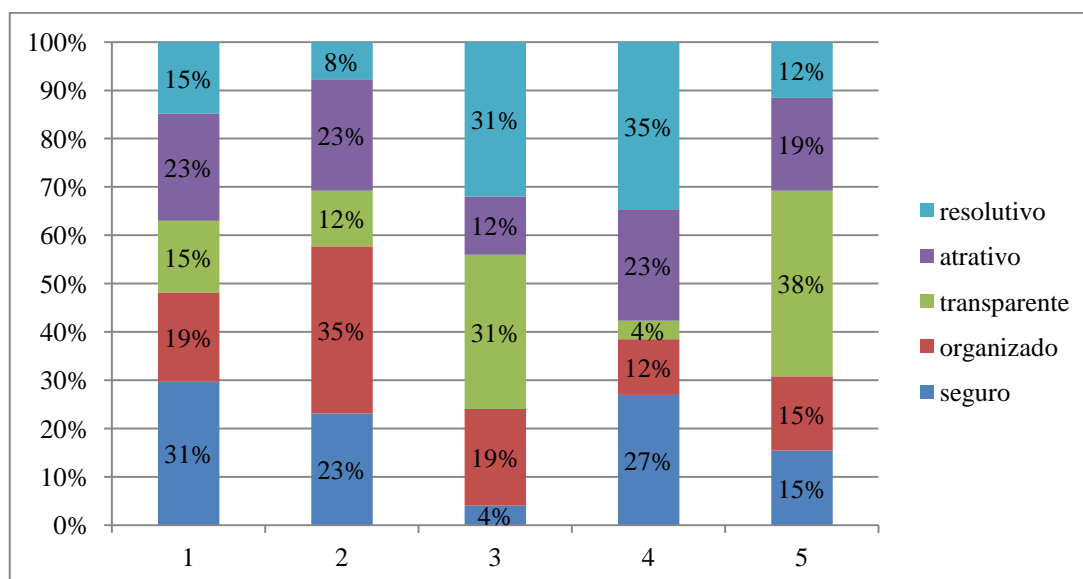
Profissionais das áreas Administrativas



### GRÁFICO 24

Em ordem de classificação (1, 2, 3, 4, 5) na sua avaliação o processo de certificação tornou o hospital mais:

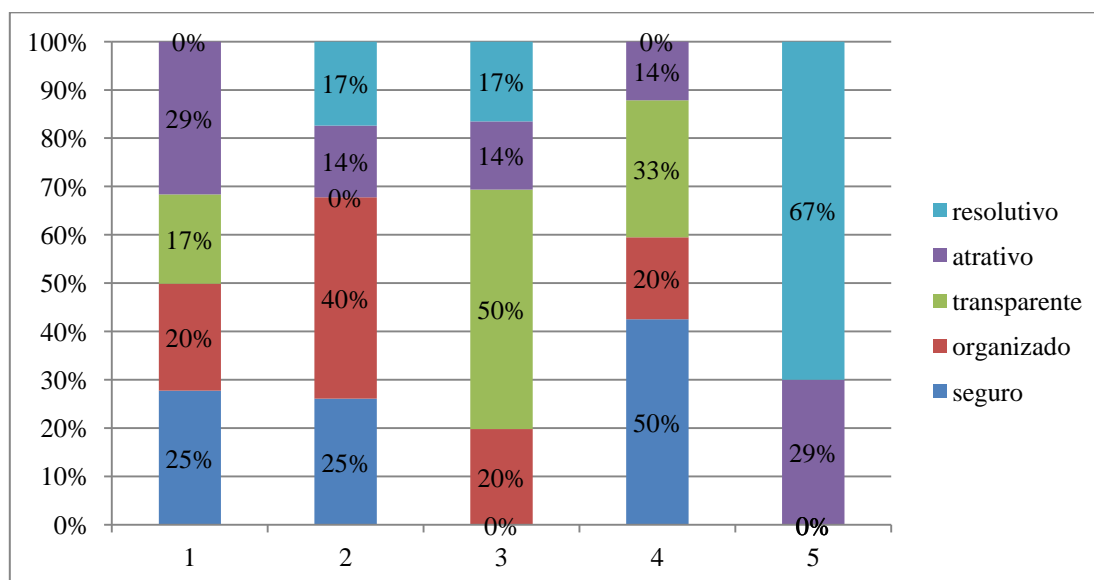
Profissionais das áreas Assistenciais



## GRÁFICO 25

Em ordem de classificação (1, 2, 3, 4, 5) na sua avaliação o processo de certificação tornou o hospital mais:

Profissionais das áreas Médicas



O gráfico 26 página 77 mostra qual a percepção dos profissionais da área de apoio em termos de classificação, se o hospital com o processo de certificação é seguro, organizado, transparente, atrativo e resolutivo.

Percebe-se que para estes profissionais o hospital é atrativo, organizado, e resolutivo, mas que ainda não é tão transparente como classificados pelos profissionais administrativos, assistencial.

Fazendo uma comparação com as quatro categorias de profissionais entrevistados, podemos concluir que os itens que aparecem com maior frequência em termos de classificação é organização, segurança, transparente.

Isto confirma que o hospital tem buscado segurança, organização e transparência em suas atividades, está sendo percebido pelos profissionais.

“A motivação ou disposição para empenhar-se o melhor possível no desenvolvimento de suas atribuições tem naturalmente muito a ver com o próprio empregado, mas também é fortemente influenciada pela empresa. Hoje, reconhece-se que os empregados preferem trabalhar em empresas que oferecem qualidade de vida, ou seja, capazes de proporcionar segurança e satisfação.” (Gil 2007, p. 45)

A avaliação de resultados, tanto em nível de atividades quanto por especialidades, constitui um instrumento vital à gestão da instituição de saúde, permitindo aos

dirigentes maior segurança diante das dificuldades e desafios impostos a esse segmento empresarial. (Matos, 2002, p.22)

Segundo, Pagliuso (2008, p. 61), salienta que qualidade é a totalidade de características de uma entidade (atividade ou processo, produto), organização, ou uma combinação destes, que lhe confere a capacidade de satisfazer as necessidades explícitas e implícitas dos clientes e demais partes interessadas.

Harrison (2005, p. 112), salienta que a missão define o que é a organização e as razões para sua existência; normalmente contém todos os elementos de direção estratégica, incluindo visão, definição de negócios e valores organizacionais.

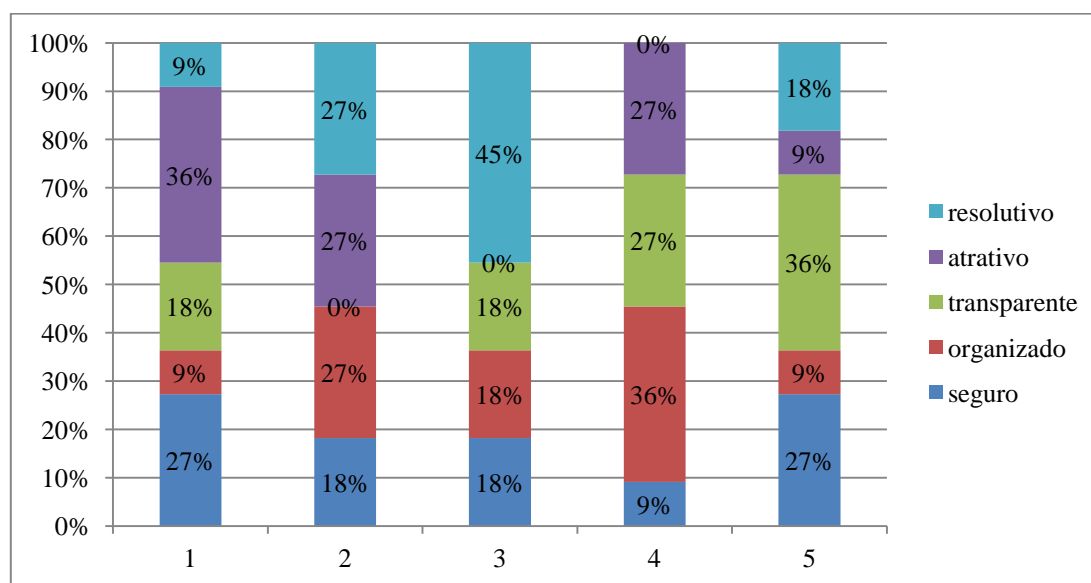
Para Chiavenato (2003, p. 601), a missão se refere à finalidade ou motivo pelo qual a organização foi criada e para o que ela deve servir. Ela significa a razão de existência de uma organização.

Segundo ANAHP (2013, p. 21) o desenvolvimento das competências é uma importante estratégia de alinhamento, bem como uma ferramenta fundamental para evidenciar a transparência da instituição em relação ao que ela espera do colaborador.

## GRÁFICO 26

Em ordem de classificação (1, 2, 3, 4, 5) na sua avaliação o processo de certificação tornou o hospital mais:

Profissionais das áreas de Apoio



## CONCLUSÃO

Ao certificar um hospital, evidencia-se que as ações dos profissionais obedecem a uma linha de cuidados preconizada pelas legislações, demonstrando que a política institucional visa à manutenção da vida.

Desta forma, a constante mudança nos sistemas de saúde faz com que as instituições através da gestão da qualidade identifiquem as não conformidades nos processos, e promovam medidas capazes de satisfazer simultaneamente melhoria na assistência médico hospitalar, bem como a sustentabilidade dos serviços prestados.

Com o presente estudo apuramos questões relevantes, frutos da implantação da gestão da qualidade. Assim, os números mostram que a instituição melhorou o giro de leitos, saindo de 4,85 em 2008 para 5,28 em 2013. Isso fez com que aumentasse o número de internações, e consequentemente o número de consultas e exames, otimizando melhor sua estrutura instalada.

A quantidade de treinamento evoluiu consideravelmente, em 2008 foram realizados 22 treinamentos, aumentando nos anos subseqüente, chegando a 507 em 2012. Esse aumento justifica os investimentos financeiros em capacitação e desenvolvimento de pessoas que em 2008 foi da ordem de R\$71.679,25/ano. A média dos 2010, 2011 e 2012, foi de R\$156.954,08/ano, e nos primeiros cinco meses de 2013, foram investidos R\$53.854,36.

A percepção dos profissionais das áreas administrativa, assistencial, corpo clínico e apoio, com relação a capacitação e conhecimento proporcionado pelo hospital, representa a média de 60%, considerando que houve muita capacitação e treinamento, Outro ponto relevando, ainda com relação a pessoas, sobre a ótica do processo de certificação, revela que 60%, dos profissionais estão mais satisfeito com suas atividades.

Na mesma linha de raciocínio no que tange as rotinas e protocolos 70% da equipe de saúde consideram os mesmos claros e seguros. É de consenso das áreas administrativa, assistencial, médica e apoio que o processo de certificação trouxe organização e muita segurança para realizar as atividades. No que se refere ao comprometimento para atingir os objetivos do mapa estratégico da instituição, em média 89% dos profissionais estão comprometidos.

Outro ponto positivo identificado durante o processo de acreditação foi: índice de rotatividade de pessoal que em 2008 era 2,83/ano, 2012 passou a ser 2,16/ano, e em

2013 tende a ser menor, pois nos primeiros cinco meses foram de 1,66. Os números de atestados reduziram de 2,5% em 2008 para 1,89% em 2012, sugerindo satisfação do profissional com a instituição, pois a pesquisa de clima organizacional mostra que em 2008 era 70,80% de satisfação e em 2012 foi 76,30%.

Foram observados fatores limitantes no que se refere adesão e aceitabilidade por parte do corpo clínico, cujos dados mostram que 47% dos médicos estão poucos satisfeitos e 18% não estão satisfeitos, cabendo à mitigação desses. Tais informações sugerem desenvolver estudo para entender melhor o que gera essa percepção e/ou ações voltadas ao corpo clínico para que melhorias desses índices, por se tratar de um grupo gerador de receita ao hospital, precisando estar satisfeito e alinhado com a instituição.

Sobre o cumprimento de programas de sustentabilidade social e ambiental, observa-se que o hospital passou a ser mais efetivo, pois em 2009 atingiu 78,50% e em 2012 passou a atingir 93% dos programas.

Na perspectiva financeira, melhorou o índice de gestão de suprimentos saindo de 7,16% em 2010 para 3,19% em 2012, no que se refere a compras emergenciais. Outro fator observado foi à oscilação entre receita e despesas o que pode comprometer a manutenção dos programas implantados, prejudicando a sustentabilidade da instituição. É importante ressaltar na perspectiva processos tecnologia e estrutura, a evolução da identificação dos riscos assistenciais que em 2010 atingiu uma média de 6,23% ano e em 2012 atingiu 132,68%, Os índices de evolução médica em sistema informatizado é fator de destaque, saindo de 88,30% em 2010 para 98,18% em 2012, preservando juridicamente o médico e a instituição.

O trabalho apresentou algumas limitações, pois mesmo com a quantidade de informações geradas durante o processo para a certificação do hospital, faltou eleger indicadores de resultados efetivos. Os serviços assistenciais apresentam fragilidade em estabelecer a linha de cuidados, gerando não conformidades.

Porém, de forma geral os dados coletados mostram que a certificação contribuiu para a melhoria da instituição e trouxe inúmeros resultados positivos. Ficou evidenciado que os profissionais estão mais bem preparados e satisfeitos com a nova metodologia de trabalho. Isso mostra que a mudança de cultura foi benéfica. Os indicadores mostram o quanto à instituição evoluiu em práticas seguras, com processos bem definidos e alinhados.

Em linhas gerais pode-se observar que, os objetivos a que se propôs o estudo foram alcançados, pois foi possível fazer uma leitura dos problemas nos processos não



conformes, as dificuldades em não atingir os resultados estabelecidos, evidenciando que a acreditação hospitalar, com vistas à qualidade melhorou os resultados institucionais. As dificuldades encontradas pelos profissionais em relacionar a logística, o acesso a informações e conhecimentos, apesar de serem difíceis, não foram barreiras para alcançar a acreditação ONA.

O trabalho contribui para o enriquecimento do meio científico e acadêmico, agregando conhecimentos na área da gestão da qualidade em saúde, bem como fornecendo dados e indicadores relevantes para o processo de acreditação hospitalar.

Por fim, os ganhos em profissionalismo, organização, comprometimento e credibilidade contribuem consideravelmente com a redução do risco de morte eminente, garantindo segurança e qualidade na assistência. Nessa ótica espera-se que os profissionais preserve o bem maior que existe: A VIDA!

## **BIBLIOGRAFIAS**

ANDRÉ, A. M. (2010). Gestão estratégica de clínicas e hospitais: São Paulo: Editora Atheneu.

ANDRADE, R. O. B., AMBONI, N. (2011). Teoria geral da administração: 2. ed.: Rio de Janeiro: Elsevier.

ABRANTES, M. J. A. (2012). Qualidade e Satisfação. Opinião dos utilizadores de serviços de saúde hospitalares. Dissertação de Mestrado em Gestão e economia da Saúde, da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, para obtenção do grau de mestre, orientada por Pedro Lopes Ferreira. <https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/handle/10316/20506>, Acedido em 10 de outubro de 2013. <https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/handle/10316/20506>.

AZEVEDO, D. L., OLIVEIRA, L. Z., ROCHA, R. A., PISTÓIA, L. C. (2002). Gestão da mudança na saúde – a acreditação hospitalar. IN [http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2002\\_TR26\\_0695.pdf](http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2002_TR26_0695.pdf). Acedido a 11 de outubro de 2013. [http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2002\\_TR26\\_0695.pdf](http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2002_TR26_0695.pdf).

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS – ANAHP. Ed. 05, 2013.

BALESTRIN, F. (2013). Saúde é uma questão de todos. Revista Administrador Hospitalar, ano 1, Ed. 1: São Paulo.

BARNEY, J. B., HESTERLY, W. S. (2007). Administração estratégia e vantagem competitiva: São Paulo: Pearson Prentice Hall.

BRASIL (2010). Manual das organizações prestadoras de serviços de saúde. Brasília: Organização Nacional de Acreditação.

BORBA, G.S., NETO, F.J.K. (2008). Gestão hospitalar: identificação das práticas de aprendizagem existentes em hospitais IN <http://www.scielo.br/scielo.php?scrip=sci/> Acedido a 06 de maio de 2013 <http://www.scielo.br/scielo.php?scrip=sci/>

BORNIA A. C. (2002). Análise gerencial de custos em empresas modernas: Porto Alegre: Bookman, 2002.

BLUME, M., LEONHARDT, S., NÜSKE, A., VEIGA, A., C., H., SCHMIDT, A. (2004). O planejamento estratégico como vetor do desenvolvimento de instituição educacional. IN [http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2004\\_Enegep0702\\_0910.pdf](http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2004_Enegep0702_0910.pdf). Acedido a 12 de outubro de 2013. [http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2004\\_Enegep0702\\_0910.pdf](http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2004_Enegep0702_0910.pdf).

BURMESTER, H. (2003). Manual de gestão hospitalar do CQH. São Paulo: Editora Atheneu.

BURMESTER, H. (2009). Programa CQH – compromisso com a qualidade hospitalar. São Paulo: Soma Comunicação Empresarial.

CARVALHO, M. M., PALADINI, E. P. (2012). Gestão da qualidade. Rio de Janeiro: Elsevier.

CHERUBIN, N.A. (2011). Regulamento do hospital. Modelo para hospitais gerais de entidades beneficentes de assistência social e ou sem fins lucrativos. São Paulo: Edições Loyola.

CHIAVENATO, I. (2003). Introdução à teoria geral da administração: uma visão abrangente da moderna administração das organizações. Rio de Janeiro: Elsevier. Constituição Federal [CF]. (1988). Brasília.

CUNHA, I.C.K.O., FELDMAN, L.B., GATTO, M.A. F. (2004). História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação IN <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n2/a15v18n2.pdf>/ Acedido a 11 de maio de 2013 em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n2/a15v18n2.pdf>.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO (2013). A história da acreditação IN <http://www.cbacred.org.br/site/historico/> Acedido em 11 de maio de 2013 em <http://www.cbacred.org.br/site/historico>.

COUTO, R. C., PEDROSA, T.M.G. (2007). Hospital: acreditação e gestão em saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

CZERNIEWIZ, M. B. (2012). Quality management system in radiotherapy i the light of regulations applicable in Poland. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3687395/?tool=pubmed>. Acedido a 10 de outubro de 2013 em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3687395/?tool=pubmed>.

FARIA, C. (2013). Princípios da gestão da qualidade IN [www.infoescola.com/administração/princípios-da-gestão-da-qualidade/](http://www.infoescola.com/administração/princípios-da-gestão-da-qualidade/) Acedido a 30 de março de 2013 em <http://www.infoescola.com/administração/princípios-da-gestão-da-qualidade>.

FARIA, C. (2013). Controle de qualidade total IN [www.infoescola.com/administracao\\_/controle-de-qualidade-total-tqc/](http://www.infoescola.com/administracao_/controle-de-qualidade-total-tqc/) Acedido a 21 de junho de 2013 em [http://www.infoescola.com/administracao\\_/controle-de-qualidade-total-tqc/](http://www.infoescola.com/administracao_/controle-de-qualidade-total-tqc/).

FRED, L. (2009). Se Disney administrasse seu hospital: 9 ½ coisas que você mudaria. Porto alegre: Bookman.

FELDMAN, L. B. (2004). Como alcançar a qualidade nas instituições de saúde: critérios de avaliações, procedimentos de controle, gerenciamento de riscos hospitalares até a certificação. São Paulo: Martinari.

FELDMAN, L. B. GATTO, M. A. F., CUNHA. I. C. K. O. (2005). História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. Acta paul. enferm. Vol. 18 n. 2 São Paulo Apr./june 2005. Acedido a 20 de junho de 2013 em <http://www.scielo.br/scielo.php?>

FELDMAN, L. B. (2008). Gestão de risco e segurança hospitalar. São Paulo: Martinari.

FERREIRA, J. J. A. (2012, Junho 40 anos). Qualidade e acreditação. Revista FBAH – Federação Brasileira de Administradores Hospitalares, p. 56.

GONÇALVES, C. (2013). Nutrição entre a cozinha e o leito. Revista Hospitais Brasil, nº 61, maio/junho 2013.

GASTAL, F.L., ROESSLER I.F., (2005). Treinamento em avaliação de serviços, licenciamento sanitário e acreditação. São Paulo.

Gestão da qualidade: saúde IN [http://gestão-de-qualidade.Info/mos/view/Gestão\\_de\\_Qualidade:ferramentas\\_e\\_técnicas/index.html/](http://gestão-de-qualidade.Info/mos/view/Gestão_de_Qualidade:ferramentas_e_técnicas/index.html/) Acedido a 05 de maio de 2013 em [http://gestão-de-qualidade.Info/mos/view/Gestão\\_de\\_Qualidade:ferramentas\\_e\\_técnicas/index.html/](http://gestão-de-qualidade.Info/mos/view/Gestão_de_Qualidade:ferramentas_e_técnicas/index.html/).

Gestão da Qualidade. [Brochura]. (2011). Macapá. IQG – Health Services Accreditation.

GIL, A. C. (2007). Gestão de pessoas: enfoque nos papéis profissionais. São Paulo: Atlas.

HARGREAVES, L., ZUANETTI, R., LEE, R. (2008). Qualidade em prestação de serviços. Rio de Janeiro: Senac Nacional.

HARRISON, J.S. (2005). Administração estratégica de recursos e relacionamentos. Porto Alegre: Bookman.

HERRERO, E. (2005). Balanced scorecard e a gestão estratégica: uma abordagem prática. Rio de Janeiro: Elsevier.

IOM ( Institute of Medicine) (2001). Crossing the quality chasm: a new health system for the 21 st century. Washington, DC: national academy Press.

JESUS, V. M. M., (2009). Gestão hospitalar: indicadores de gestão para os estabelecimentos militares de saúde. Dissertação de mestrado em gestão pela Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para obtenção do grau de mestre, orientado por Susana Margarida Jorge e Vitor Raposo. <http://hdl.handle.net/10316/12091>. Acedido em 10 de outubro de 2013 em <http://hdl.handle.net/10316/12091>.

JURAN, J. M. (1992). A qualidade desde o projeto: novos passos para o planeamento da qualidade em produtos e serviços. São Paulo: Pioneira.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL IN  
<http://pt.jointcommissioninternational.org/enpt/About-JCI/>. Acedido em 19 de maio de 2013 em <http://pt.jointcommissioninternational.org/enpt/About-JCI/>.

LA FORGIA, L. G.M., COUTTOLENT, B.F. (2009). Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência. São Paulo: Singular.

LEME, R. (2005). Aplicação prática de gestão de pessoas: mapeamento, treinamento, seleção, avaliação e mensuração de resultados de treinamento. Rio de Janeiro: Qualitymark.

LEITE, F. T. (2008). Metodologia científica: métodos e técnicas de pesquisa: monografias, dissertações, teses e livros. Aparecida-SP: Ideias & Letras.

LACOMBE, F., HEILBORN, G. (2008). Administração: princípios e tendências. 2. ed. rev. e atualizada: São Paulo: Saraiva.

MAXIMIANO, A. C. A. (2011). Introdução a administração. 8. ed. rev. e ampl.: São Paulo: Atlas.

MANUAL DAS ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (2010). Organização Nacional de Acreditação. Brasília: Organização Nacional de Acreditação.

MAIA, A. C., JUNIOR, A. B. (2005). Sistema de saúde: resgate histórico dos compradores de serviços. In L. L. PERREIRA, C. R. GALVÃO, M. CHANES ( Orgs.), Administração hospitalar; instrumentos para a gestão profissional. São Paulo: Edições Loyola.

MIRSHAWAKA, V. (1994). Hospital - fui bem atendido - a vez do Brasil. São Paulo: Makron Books.

MELLEIRO, M. M., TRONCHIN, D. M. R., MOTA, N. V. V. P (2012) Manual de indicadores de enfermagem ed. 2ª. São Paulo: APM/CREMESP.

MATOS, A. J. (2002). Gestão de custos hospitalares: técnicas, análise e tomada de decisão. São Paulo: Editora STS.

MELLO, J. B. & CAMARGO, M. O. (1998). Práticas e conceitos. Normas ISSO nas áreas médico-hospitalares e laboratorial. São Paulo: Best Seller.

MEZOMO. J. C. (1995). Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos. São Paulo: 1995.

NETTO, A. C. (2007, Novembro – Dezembro 02). O custo da qualidade. Banas qualidade: excelência em saúde, p. 03.

NETO, G. V., MALIK, A. M. (2011). Gestão em saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

NOGUEIRA, L. C. L. (1999). Gerenciamento pela qualidade total na saúde. Belo Horizonte: Editora de Desenvolvimento Gerencial.

OLIVEIRA, S. T. (1996). Ferramentas para aprimoramento da qualidade. São Paulo: Pioneira.

O QUE É O 5W2H E COMO ELE É UTILIZADO. IN <http://www.sobreadministracao.com>. Por Gustavo Periard/ Acedido a 30 de junho de 2013 em <http://www.sobreadministracao.com>.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO – ONA. Histórico IN <https://www.ona.org.br/Pagina/23/Historico/> Acedido a 12 de maio de 2013 em [https://www.ona.org.br/Pagina/23/Historico.](https://www.ona.org.br/Pagina/23/Historico/)

OSMAN, I., ALI, H., RASHID, W. E. W., JUSOFF, K. (2009), Total quality management in the malaysian Automobile Industry. V. 2, N. 1. IN [www.ccsenet.org/journal.html](http://www.ccsenet.org/journal.html). Acedido em 10 de outubro de 2013 em [www.ccsenet.org/journal.html](http://www.ccsenet.org/journal.html).

PAGLIUSO, T. A. (2008). Critérios Compromisso com a Excelência. São Paulo: Fundação Nacional da Qualidade.

PERREIRA, L.L., GALVÃO, C.R., CHANES, M. (2005). Administração hospitalar: instrumentos para gestão profissional. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola.

PEREIRA, L.B., ROSSLER, I.F., (2009). Planejamento estratégico em saúde. Programa de educação continuada/permanente – ONA Educare. São Paulo.

PORTELA, O. T., SCHMIDT, A. S. (2008). Proposta de metodologia de avaliação e diagnóstico de gestão hospitalar IN [www.scielo.br/scielo.php?](http://www.scielo.br/scielo.php?).Acedido em 15 de maio de 2013 em <http://www.sicelo.br/scielo.php?>

PRIMO, J., MATEUS, D. (2008). Normas para a elaboração e apresentação teses e doutoramento, aplicáveis às dissertação de mestrado, Despacho Reitoral nº 52/2008. Versão 3. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa.

REGO, G. (2008) Gestão Empresarial nos Serviços Públicos: Uma aplicação ao sector da saúde. 2ª Ed. Porto: Vida Económica.



RODRIGUES, E.A.A. (2004) Uma revisão da acreditação hospitalar como método de avaliação de qualidade e da experiência brasileira. Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz/MS, para obtenção do título de mestre, orientado por Cláudia Maria de Rezende Travassos, São Paulo.

ROONEY, A. L., OSTENBERG, P. R.V. (1999). Licensure, accreditation, and certification: approaches to health services quality. Preparado para United States agency for International Development, Quality Assurance project. Bethesda, MD.

RUTHES, R. M., CUNHA, I. C. K. O. (2008). As competências e a gestão de risco, IN L., B. FELDMAN (org.) Gestão de risco e segurança hospitalar ( 1 st ed., pp 351-362). São Paulo: Martinari.

SANTOS, M. C., RENNÓ, C. S. N. (2013) Indicadores de qualidade da assistência de enfermagem em centro cirúrgico: revisão integrativa da literatura. Revista de Administração em Saúde, São Paulo, n.58, v. 15, p. 26-36.

SILVA, A. E. B. C., TEIXEIRA, T. C. A., CASSIANI, S. H. B. (2008). Ferramentas utilizadas para a gestão dos riscos: FMEA – análise do modo e efeito da falha e RCA – análise de causa raiz. IN L., b. Feldman (org.). Gestão de risco e segurança hospitalar ( 1st ed., pp 311-324). São Paulo: Martinari.

SOARES, A. M. M., SAUTHIER, M. (Orgs) (2003). Manual para elaboração de trabalhos acadêmicos. Rio de Janeiro: São Camilo.

TARABOULSI, F. A. (2005). Serviços hospitalares: teoria e prática, compreender para atender e surpreender. São Paulo: Reichmam & Autores Editores.

TREVISO, P., BRANDÃO, F. H., SAI TOVITCH, D. (2009). Construção de indicadores em Saúde. Revista de Administração em Saúde, São Paulo v. 11, n. 45, p. 182-186. <http://www.cqh.org.br/files/182-186.pdf>. Acedido a 10 de outubro de 2013 em <http://www.cqh.org.br/files/182-186.pdf>.

VIGOLO, V. (2009). Desenvolvimento de uma plataforma wireless para prescrição médica e verificação de sinais vitais asseado em PDA. Dissertação de Mestrado em Engenharia Elétrica, da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do grau de mestre, orientada por Fernanda Isabel Marques Argoud. IN <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/93331/270061.pdf?sequence=1>, Acedido em 10 de setembro de 2013. <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/93331/270061.pdf?sequence=1>.

WELCH, J. (2005). Paixão por vencer. Rio de Janeiro: Elsevier.

ZUANETTI, R. Et al. (2008) SENAC. DN. Qualidade em prestação de serviços.

## APÊNDICE

Prezado (a) Colaborador (a ),

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar “O processo de gestão da qualidade com foco em resultado em um hospital privado da cidade de Macapá/AP.” Resultado da mesma será utilizado em uma dissertação de mestrado. Suas respostas serão confidenciais.

Conto com sua colaboração.

O questionário é composto de duas partes:

- I. CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO;
- II. DADOS OBJETIVOS SOBRE O PROCESSO DE ACREDITAÇÃO;

<b>I. CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO</b>
1. Área que trabalha:
2. Tempo de vínculo com a instituição: <input type="checkbox"/> Menos de 01 ano <input type="checkbox"/> De 01 a 05 anos <input type="checkbox"/> De 06 a 10 anos <input type="checkbox"/> De 11 a 15 anos <input type="checkbox"/> De 16 a 20 anos <input type="checkbox"/> De 21 ou mais.
3. Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
4. Participou do processo de acreditação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

### II – Dados objetivos sobre o processo de acreditação

1 – Com o processo de certificação, no que diz respeito a organização o hospital é?

(        ) muito organizado

(        ) pouco organizado

(        ) sem organização

2 – No que diz respeito a capacitação e conhecimento o hospital tem proporcionado?

(        ) muita capacitação e treinamento

(        ) pouca capacitação e treinamento

(        ) não tem capacitado e nem treinado

3 – O processo de certificação no que diz respeito a realização de suas atividades trouxe?

(        ) muita segurança

(        ) pouca segurança

(        ) nenhuma segurança

4 – Com o processo de certificação as atividades, rotinas e protocolos na sua área de atuação se tornaram?

- (        ) claros e seguros
- (        ) claros e complicados
- (        ) complicados e difíceis

5 – Com o processo de certificação hoje você trabalha:

- (        ) mais satisfeito
- (        ) pouco satisfeito
- (        ) não está satisfeito

6 – Com o processo de certificação você considera que hoje para realizar suas atividades você está?

- (        ) muito preparado
- (        ) pouco preparado
- (        ) não está preparado

7 – Hoje com o processo de certificação você considera que na sua área de atuação se tem?

- (        ) melhores resultados
- (        ) poucos resultados
- (        ) não obtêm resultados

8 – Por trabalhar em um hospital certificado em termo de satisfação profissional você se considera?

- (        ) muito satisfeito
- (        ) pouco satisfeito
- (        ) insatisfeito

9 – Comparando o hospital com outros hospitais que não tem em suas atividades o processo de qualidade implantado, você considera que o hospital é?

- (        ) excelente
- (        ) bom
- (        ) ruim

10 – Para que o hospital atinja seus objetivos do mapa estratégico você enquanto profissional está?

- (        ) muito comprometido

(        ) pouco comprometido

(        ) não está comprometido

11 – Com o processo de certificação o hospital tem mostrado os seus objetivos de forma?

(        ) muito clara

(        ) pouco clara

(        ) não está clara

12 – Em ordem de classificação ( 1, 2, 3, 4, 5 ) na sua avaliação o processo de certificação tornou o hospital mais?

(        ) resolutivo

(        ) atrativo

(        ) transparente

(        ) seguro

(        ) organizado

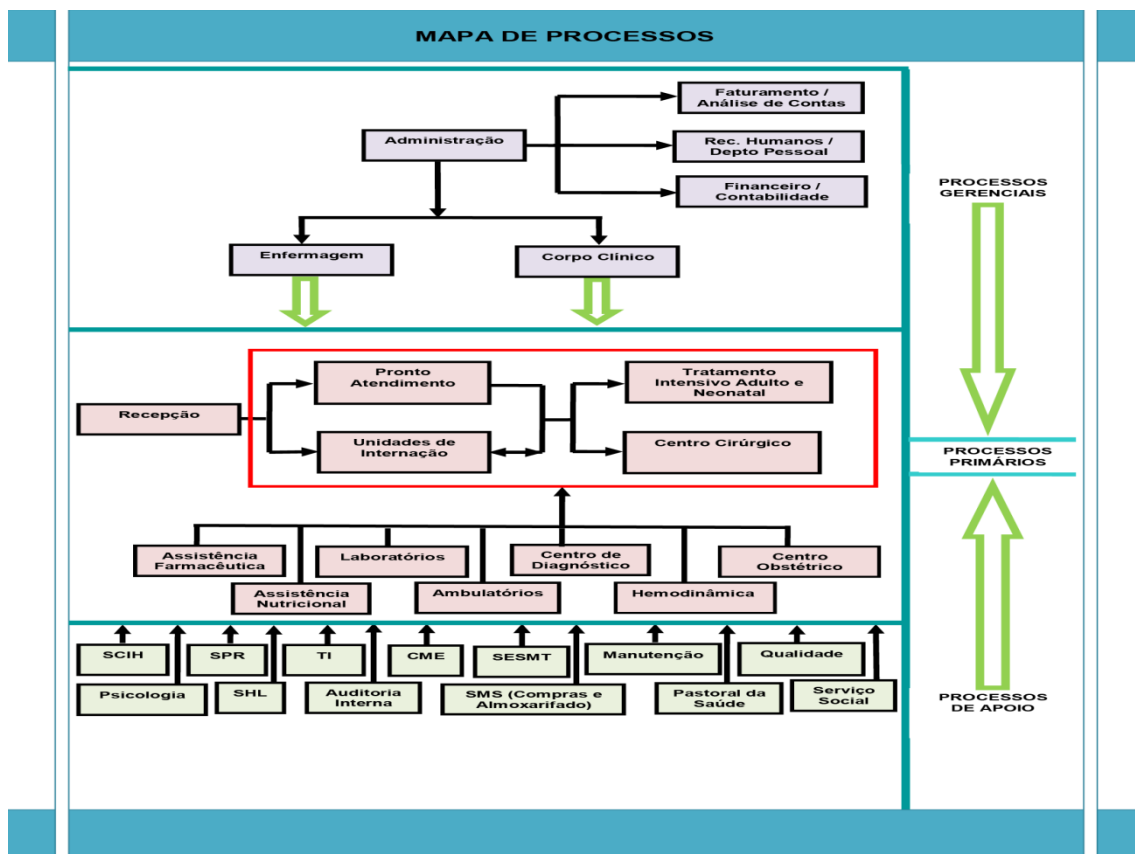
## ANEXOS

	<b>MATRIZ DE PRIORIZAÇÃO</b>
--	------------------------------

<b>PRIMÁRIOS</b>					
<b>Processos</b>	<b>Impacto na Sustentabilidade</b>	<b>Impacto na assistência ao paciente</b>	<b>Impacto no cliente interno</b>	<b>Contribuição para a estratégia (visão e missão)</b>	<b>Total de pontos</b>
Ambulatórios	2	1	1	2	<b>6</b>
Assistência Farmacêutica	1	3	3	1	<b>8</b>
Assistência Nutricional	1	3	3	1	<b>8</b>
Centro Cirúrgico	3	3	3	3	<b>12</b>
Centro Obstétrico	2	3	3	2	<b>10</b>
Diagnóstico e Tratamento	2	3	3	1	<b>9</b>
Laboratórios	1	3	3	1	<b>8</b>
Pronto Atendimento	3	3	1	2	<b>9</b>
Serviço de Internação	2	1	1	2	<b>6</b>
Unidades de Internação	3	3	3	3	<b>12</b>
UTI Adulto	3	3	2	2	<b>10</b>
UTI Neo	3	3	2	2	<b>10</b>

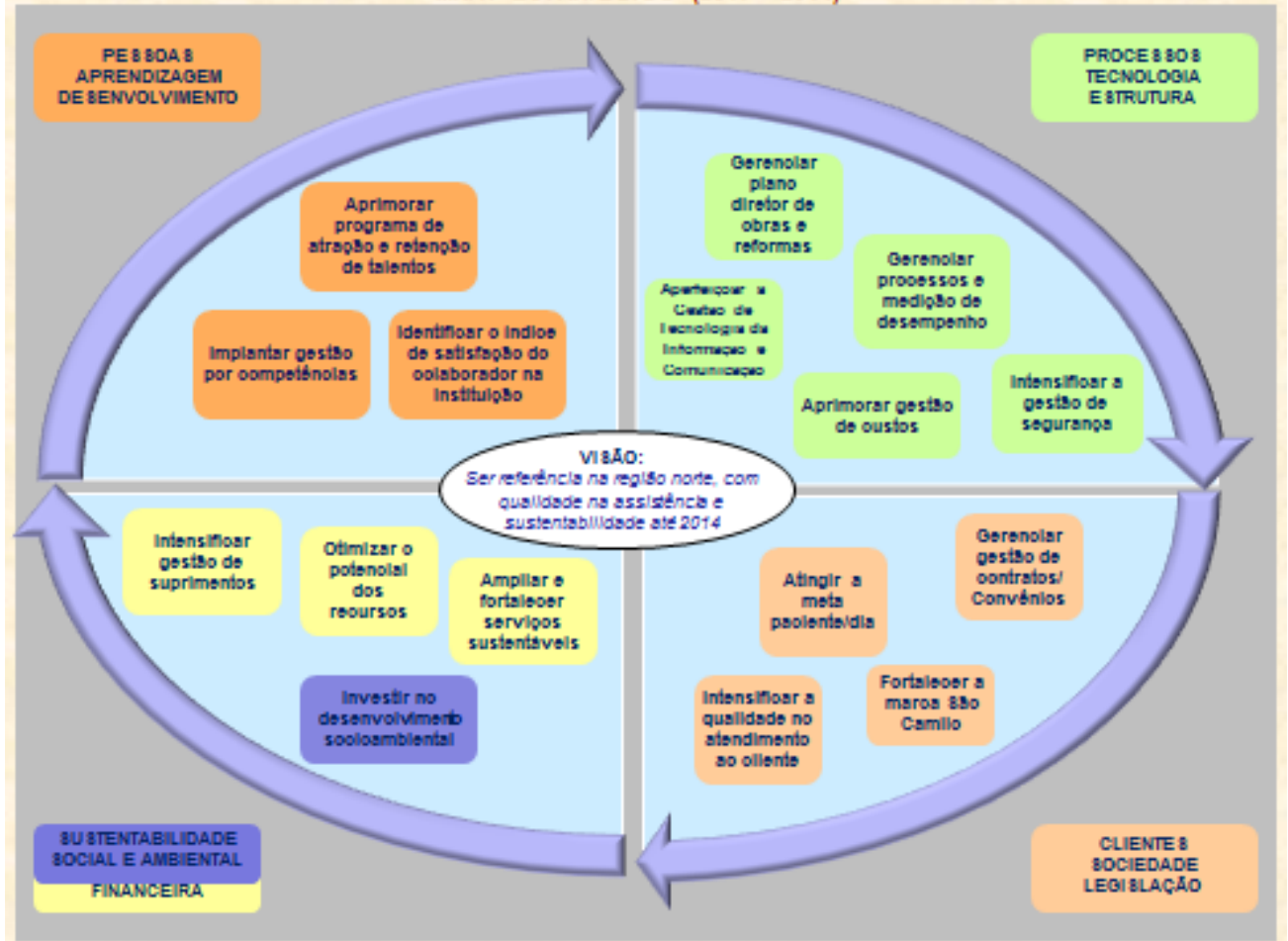
<b>APOIO</b>					
<b>Processos</b>	<b>Impacto na Sustentabilidade</b>	<b>Impacto na assistência ao paciente</b>	<b>Impacto no cliente interno</b>	<b>Contribuição para a estratégia (visão e missão)</b>	<b>Total de pontos</b>

Auditoria de Contas Médica	3	1	1	2	<b>7</b>
Agência Transfusional	1	3	3	1	<b>8</b>
CME	2	3	3	2	<b>10</b>
Manutenção	3	2	2	2	<b>9</b>
Pastoral da Saúde	2	1	1	2	<b>6</b>
Psicologia	1	1	1	1	<b>4</b>
Qualidade	3	3	3	3	<b>12</b>
SCIH	3	3	3	3	<b>12</b>
Serviço Social	1	1	1	1	<b>4</b>
SESMT	3	2	1	3	<b>9</b>
SHL	2	3	2	1	<b>8</b>
SMS (Compras e Almoxarifado)	3	2	2	2	<b>9</b>
SPR	2	3	2	1	<b>8</b>
TI	3	3	2	3	<b>10</b>
Legenda: 3 Alto Impacto / 2 Médio Impacto / 1 Baixo Impacto					
Score: 0-4 pontos: baixa priorização 5-8 pontos: média priorização ≥9 pontos: alta priorização <b>Processos Estratégicos: serão aqueles que atingirem nota ≥ 9</b>					

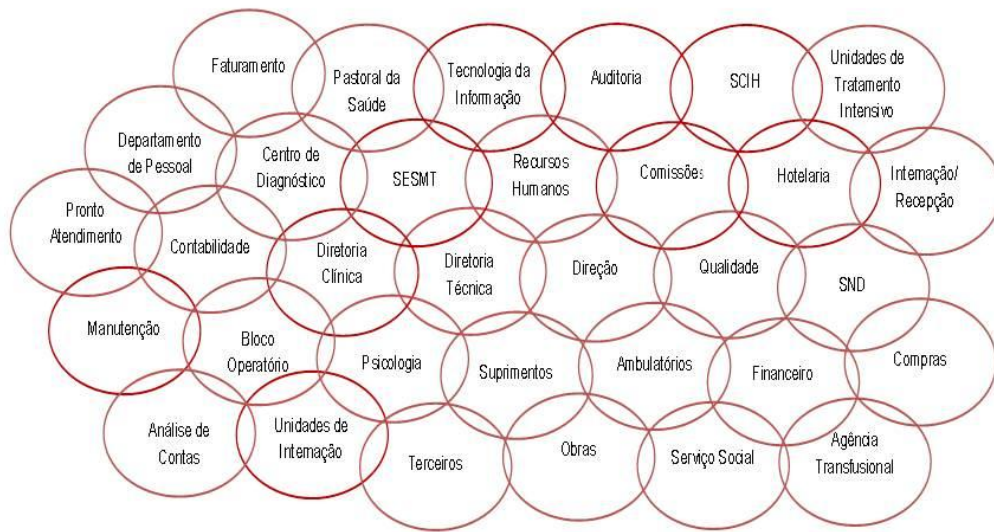




# MAPA ESTRATÉGICO (2011 – 2014)



## ESTRUTURA DO SISTEMA



Macapá/AP, 13 de dezembro de 2013.

À Diretoria

Prezado (a) Senhores (as),

Cumprimento-o respeitosamente pelo trabalho desenvolvido na direção deste tão bem conceituado hospital, cuja busca pela melhoria contínua está presente em todas as ações dos profissionais que aí atuam.

Com o intuito de colaborar com esta metodologia de trabalho, venho muito respeitosamente apresentar o projeto em anexo com informações que tem como fundamentação o trabalho de dissertação de mestrado concebido através pesquisa bibliográfica, análise de relatórios gerenciais, relatórios de qualidade, bem como a pesquisa com profissionais que atuam nas áreas administrativas, médica, assistencial e apoio.

Certo que estas informações possam contribuir na gestão da melhoria contínua, me coloca à disposição para implementar o projeto.

Atenciosamente,

Ademir Vicente de Oliveira

## **PROJETO**

### **Introdução**

O programa de qualidade tem como finalidade organizar os processos, de forma a obter economia de tempo e recurso, atingir meta e resultados justificando a importância desse método nas organizações de saúde.

O estudo foi desenvolvido coletando informações no período de janeiro de 2008 a maio de 2013, tempo que a instituição obteve o diagnóstico institucional, bem como o selo de certificação ONA. Sendo base para a elaboração do trabalho de dissertação de mestrado que teve como título “O Processo de Gestão da Qualidade com foco em resultado em um Hospital Privado da Cidade de Macapá – Estudo de Caso”.

### **Objetivo geral**

Apresentar os dados coletados no estudo para subsidiar possíveis decisões.

### **Objetivo Específico**

Analisar os dados obtidos na pesquisa para formular estratégias na busca de melhores resultados.

### **Metodologia**

Fornecer uma cópia do estudo e motivar uma reunião com diretoria, gerentes e médicos na qual será apresentado uma compilação dos dados para socializar as informações obtidos na pesquisa, com intuito de promover um momento de discussão sobre o percepção do profissionais com processo de acreditação

### **Conclusão**

A gestão da qualidade identificou as não conformidades nos processos, promoveu melhorias na assistência médico hospitalar e o monitoramento dos serviços através de indicadores para tomada de decisões;

O hospital investiu em capacitação e desenvolvimento, proporcionando aos profissionais conhecimentos para fazer frente à mudança de cultura;

A percepção dos profissionais com relação à acreditação é positiva, pois considera que o hospital está mais organizado e seguro, bem como estão mais comprometidos e preparados para desenvolver suas atividades;

A instituição ganhou em profissionalismo, organização, comprometimento e credibilidade, reduziu o risco de morte eminente, garantindo segurança e qualidade na assistência.

### **Recomendações**

Eleger indicadores de resultados, para evidenciar a efetividade de seus investimentos;  
Estabelecer a linha de cuidado, para facilitar a participação da equipe de saúde na assistência;

Investigar a não adesão e não aceitabilidade de parte do corpo clínico e sua insatisfação com a cultura da qualidade com vista à acreditação hospitalar, pois são clientes em potencial da instituição;

### **Proposta**

Promover reunião com a diretoria, médicos e gerentes para apresentar o resultado do estudo, com o objetivo de incentivar um momento de discussão para auxiliar na resolução dos pontos não conformes.

Ademir Vicente de Oliveira